

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

***A (CON)VIVÊNCIA DO CLIENTE FRENTE À DISFUNÇÃO ERÉTIL:  
uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no  
perioperatório***

***CASTORINA DA SILVA DUQUE***

2005

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.



**UFRJ**

***A (CON)VIVÊNCIA DO CLIENTE FRENTE À DISFUNÇÃO ERÉTIL:  
uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no  
perioperatório***

*Castorina da Silva Duque*

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Rio de Janeiro  
Julho/2005

Duque, Castorina da Silva.

A (con)vivência do cliente frente à Disfunção Erétil: uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no perioperatório / Castorina da Silva Duque. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2005.

149 f.:il.; 31 cm.

Orientadora: Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2004.

Referências Bibliográficas: f. 138-139.

1. Sentidos corporais. 2. Disfunção. 3. Perioperatório. 4. Sociopoética. 5. Enfermagem. I. Araújo, Sílvia Teresa Carvalho de. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

**A (CON)VIVÊNCIA DO CLIENTE FRENTE À DISFUNÇÃO ERÉTIL:  
uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no perioperatório**

Castorina da Silva Duque

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Presidente, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

---

1º examinador, Prof. Dr. Jacques Zanidê Gauthier

---

2º examinador, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

---

Suplente, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Iraci dos Santos

---

Suplente, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivone Evangelista Cabral

Rio de Janeiro  
Julho /2005

## DEDICATÓRIA

*Quando resolvi escrever esse trabalho, já sabia que seria árduo, e que teria que superar muitos desafios. Trilhando por um imaginário pouco explorado pela enfermagem. Sendo mulher abordando a temática a respeito da essência da masculinidade. Se não fossem as parcerias, o compartilhamento do pensar e do fazer dos meus amigos e no ambiente de trabalho, tal tarefa teria sido muito mais difícil do que realmente foi. E é com essa garra e vitória que dedico o produto deste trabalho ao meu pai.*

*A quem sempre foi referência para meu crescimento pessoal, intelectual e profissional.*

*A quem me deu a vida.*

***Meu Pai.***

*In memoriam*

***João Batista Duque.***

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

***Orientadora,***

*A pessoa que*

*admiro pela sensibilidade,*

*respeito pela competência,*

*me espelho no trato humano e afetuoso para com o próximo,*

*aplaudo por ser Mulher-Mãe- Enfermeira,*

*presença constante com apoio incondicional durante essa*

*jornada, principalmente nos momentos conflituosos e críticos*

*na construção deste saber.*

*Serei eternamente grata por seu carinho e amizade.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela saúde e força que me permitiram chegar ao fim desta caminhada. Pelas possibilidades e oportunidades que tive, tenho e ainda terei durante a minha existência, pelas vitórias, dificuldades e desafios.

Aos que colaboraram direta e indiretamente com este estudo, em especial:

- Ao **meu filho Daniel Duque**, razão de preocupações e prazeres na minha vida.

- Ao **meu amigo Enfermeiro Virginio Faria** que sempre me incentivou na conquista de mais um ideal.

- À **Direção da Divisão de Enfermagem do I.E.D.E, Enfermeiro Fernando M. S. Lobo**, pela compreensão e apoio em todos os momentos da minha ausência.

- Ao **Enfermeiro Carlos Victor S. Filho**, muito em especial, sem o qual não teria cumprido o prazo de construção deste trabalho. Pela sua paciência e disponibilidade em me ouvir, corrigir e revisar o texto comigo, além de preencher as minhas ausências dos meus afazeres para o meu recolhimento criativo.

- À **Mestra em Enfermagem**, pela UFRJ, **Liane G. Ghelman** pelo incentivo e sugestão da temática. Apoiando na construção inicial do trabalho, Obrigado.

- Aos **funcionários do Centro Cirúrgico do IEDE**, que carinhosamente deram sua contribuição eficiente e tão oportuna. Com compreensão assumiram as atividades, em todos os momentos de minha ausência.



- *Aos funcionários da biblioteca do IEDE: **Márcia G. da Silva, Rose M. Robaine, Beatriz S. Carrijo e Josias da Silva**, pela ajuda, atenção, carinho e disponibilidade com que sempre me atenderam, ajudando a organizar o material bibliográfico..*

- *A todos os funcionários da biblioteca da Escola de Enfermagem **Anna Nery/UFRJ**, em especial a **Lucia Marina Rodrigues**, pelo apoio, atenção, e ajuda permanente em todas as fazes do meu trabalho, suprimindo minhas necessidades e dificuldades.*

- *A **Sonia Maria R. Xavier**, secretária da pós-graduação da EEAN/UFRJ pelo carinho , atenção e prontidão em colaborar e ajudar nas questões acadêmicas.*

- *À **Doutora em Enfermagem** pela UFRJ, **Ann Mary T. F. Rosas**, pelas palavras de incentivo e apoio para que eu cursasse o mestrado.*

- *À **Mestra em Enfermagem, Carmem Lupi M. Garcia**, pelo carinho e presteza no atendimento das minhas dificuldades acadêmicas.*

- *Aos funcionários da Fundação Francisco Arduino do IEDE: **Wallace Margponiner**, em especial **Maria de Fátima L. L. Mesquita** pela prontidão no atendimento das minhas necessidades.*

- *À **Enfermeira Claudia Cruz da Silva** por seu apoio e colaboração prestimosa nos primeiros passos do meu trabalho.*

- *À **Enfermeira Claudia Regina C. Martins**, pelas contribuições dadas durante as etapas do trabalho.*

- *À **Enfermeira de Clínica Cirúrgica, Maria Conceição Casqueiro**, pela colaboração incansável junto aos clientes do GP.*

- *À **minha amiga Ila de Souza S. Martins**, pelo apoio, incentivo e a convivência nos momentos alegres e difíceis, que possibilitaram a criação do horizonte da amizade.*

- Aos meus **sobrinhos Ricardo Duque da Cruz e Eduardo D. da Cruz**, pelo carinho, atenção recebido nesta fase tão importante para mim.

- Aos ilustres **membros da Banca examinadora: Prof. Dr. Jacques Zanidê Gauthier, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iraci dos Santos e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivone Evangelista Cabral** por terem aceito examinar este trabalho e pelas contribuições oferecidas ao examiná-lo.

- Ao **Dr. Rosino Baccarini Neto, Chefe do Serviço de Cirurgia do IEDE** pela amizade, apoio força e confiança. Pela sua presença segura e amiga, meu carinho e reconhecimento.

- Ao **Dr. Raul Farias F. Junior, Diretor da Divisão Médica do IEDE**, pelo carinho com que contribuiu direta e indiretamente para a execução desse trabalho.

- À **Enfermeira Rosa F. Vilarinho**, pela atenção ao ouvir minhas dúvidas e pela sua colaboração na superação das dificuldades.

- Não posso deixar de registrar o meu carinhoso agradecimento, aquelas pessoas que são a razão de ser desse trabalho. Ao **grupo pesquisador** que empreenderam comigo grandes descobertas.

- Aos **Serviços: Social, de Psicologia e Nutrição**, pela parceria desenvolvida para realização deste trabalho.

Quero expressar o meu agradecimento final à **Direção do Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia**, na pessoa do **Dr. Ricardo Meirelles**, por ter sido um grande facilitador na realização desse trabalho.

Enfim, a **todos** aqueles que de uma forma ou de outra **participar**: da nossa convivência neste período tão prazeroso.

## **CORPO FORA DO LUGAR**

*Se eu sinto seu cheiro*

*O coração bate forte*

*E o meu corpo,*

*Já não atende do jeito que quero*

*Não estou caído, não estou morto.*

*Pois quando toco, sinto o mesmo prazer...*

Grupo pesquisador

## RESUMO

### **A (CON)VIVÊNCIA DO CLIENTE FRENTE À DISFUNÇÃO ERÉTIL: uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no perioperatório**

Castorina da Silva Duque

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Trata o estudo da percepção sensorial imaginativa do cliente frente a convivência com a disfunção erétil (DE) no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), RJ, no período de 2004 a 2005. Os objetivos traçados foram identificar a percepção sensorial imaginativa do cliente frente à DE no pré-operatório; descrever como a vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo reflete a convivência do cliente frente à DE e analisar como este imaginário aponta para subsidiar a esfera do cuidado em enfermagem. O referencial teórico privilegiou as recusas e princípios da sociopoética (SANTOS e GAUTHIER, 1999), os sentidos corporais como categorias teóricas e analíticas (ARAÚJO, 2000). A metodologia desenvolvida em seis momentos baseou-se no dispositivo analítico do grupo pesquisador Freire (2003). A produção dos dados resulta da vivência os sentidos sócio-comunicantes do corpo (ARAÚJO, 2000) readaptada para este estudo e de Técnicas projetivas dos lugares geomíticos (GAUTHIER, 1996). Os principais resultados apontaram como categorias analíticas do sentido visão: a (in) compreensão, (in) diferença, (des) cuidado, enfrentamento, frustração e incapacidade. No sentido audição surge a rejeição, perda da auto-estima, auto-imagem, mágoa e apoio. No sentido paladar/sentido social o enfrentamento, a defesa, a incapacidade física e afetiva são predominantes. No sentido olfato a frustração contrasta-se como prazer. No sentido tato surge (des) equilíbrio, incapacidade que gera impotência. No sentido coração a esperança subsidia resgate do equilíbrio pessoal e conjugal. As considerações principais destacam o formulário de vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo como uma possibilidade de (re) dimensionar o cuidado do enfermeiro no pré-operatório a partir da referência do próprio cliente. Através do formulário e dos princípios e recusas da sociopoética foi possível identificar nas manifestações do imaginário a convivência do cliente frente à DE.

Palavras-chave: Sentidos Corporais, disfunção, perioperatório, sociopoética, enfermagem.

## ABSTRACT

### **THE CLIENT'S (CON) VIVING FRONT OF THE ERECTILE DYSFUNCTION:** a contribution of the social poetical for the nursing care in the preoperative

Castorina da Silva Duque

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

*Abstract* da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

It is a question of a study about the client's imaginative sensorial perception front of the acquaintance with the erectile dysfunction (DE) in the Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) ("State Institute of Diabetes and Endocrinology"), RJ, in the period from 2004 to 2005. The delineated objectives were identify the client's imaginative sensorial perception front of the DE in the preoperative; describe how the existence of the body social communicant senses reflects the client's acquaintance front the DE and analyze how this imaginary points to subsiding the sphere of the care on nursing. The theoretical reference privileged the refusals and principles of the Santos and Gauthier's social poetical (1999), the body senses as theoretical and analytics categories (ARAÚJO, 2000). The methodology developed in six moments based in the analytical device of the Freire (2003) researcher group. The data production results from the acquaintance of the body social communicant senses (ARAÚJO, 2000) readapted to this study and of the projective Techniques of the geometical places (GAUTHIER, 1996). The essential results pointed as the vision sense analytical categories: the (in) comprehension, (in) difference, carelessness, confrontation, frustration and incapacity. In the audition sense it arises the rejection, loss of self - esteem, self - image, hurt and support. In the taste sense/ social sense the confrontation, a defense, the physical and affective incapacity are predominant. In the smell sense the frustration defines itself as pleasure. In the touch sense it arises (in) balance, incapacity that generates impotence. In the heart sense the hope subsidies ransom of the personal and conjugal balance. The main considerations emphasizes the formulary of the social - communicant sense acquaintance of the body as a possibility of (re) measure the nurse's care in the pre-operative from the self client's reference. Through the formulary and of the principles and refusals of the social - poetical it made possible identify in the imaginary manifestations the client's acquaintance front of the DE.

Key Words: Body senses, impotence, perioperative, socio-poetic, nursing care.

## RESUMEN

### **LA (CON) VIVENCIA DEL CLIENTE FRENTE A DISFUNCIÓN ERÉCTIL: una contribución de la sociopoética para el cuidado de enfermería en el perioperatorio**

Castorina da Silva Duque

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Resumen da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Trata el estudio de la percepción sensorial imaginativa del cliente frente a la convivencia con la disfunción eréctil (DE) en el Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), (“Instituto Estadual de Diabetes y Endocrinología”) , RJ, en el período de 2004 a 2005. Los objetivos trazados fueron identificar la percepción sensorial imaginativa del cliente frente la DE en el preoperatorio; describir como la vivencia de los sentidos socio comunicantes del cuerpo refleja la convivencia del cliente frente la DE y analizar como este imaginario apunta para subsidiar la esfera del cuidado en enfermería. El referencial teórico privilegió las recusas y principios de la socio poética Santos y Gauthier (1999), los sentidos corporales como categorías teóricas y analíticas (ARAÚJO, 2000). La metodología desarrollada en seis momentos basó se en el dispositivo analítico del grupo investigador Freire (2003). La producción de los datos resulta de la vivencia de los sentidos socio comunicantes del cuerpo (ARAUJO, 2000) readaptada para este estudio y de Técnicas de demostración de los lugares geomíticos (GAUTHIER, 1996). Los principales resultados apuntaran como categorías analíticas del sentido visión la (in) comprensión, (in) diferente, (des) cuidado, enfrentamiento, frustración y incapacidad. En el sentido audición surge la re, falta de la auto-estima, auto-imagen, disgusto y apoyo. En el sentido paladar/sentido social el enfrentamiento, la defensa, la incapacidad física y afectiva son predominantes. En el sentido olfato la frustración contrastase como placer. En el sentido tato surge (des) equilibrio, incapacidad que produce impotencia. En el sentido corazón la esperanza subsidia retorno del equilibrio personal y de casal. Las consideraciones principales destacan el formulario de vivencia de los sentidos socio comunicantes del cuerpo como una posibilidad de (re) dimensionar el cuidado del enfermero en el preoperatorio a partir de la referencia del propio cliente. A través del formulario y de los principios y recusas de la socio poética fue posible identificar en las manifestaciones del imaginario la convivencia del cliente frente a la DE.

Palabras clave: Sentidos corporales, impotencia, perioperatorio, enfermería socio poética.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Quadro Geral dos Dados - Grupo 1 e Grupo 2 Sequenciados	49
Quadro 2	- Apuração dos Dados - Sentido Visão	79
Quadro 3	- Apuração dos Dados - Sentido Visão	85
Quadro 4	- Apuração dos Dados - Sentido Audição	89
Quadro 5	- Apuração dos Dados - Sentido Paladar	94
Quadro 6	- Apuração dos Dados - Sentido Olfato	99
Quadro 7	- Apuração dos Dados - Sentido Tato	102
Quadro 8	- Apuração dos Dados - Sentido Coração	106
Quadro 9	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Visão	113
Quadro 10	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Audição	114
Quadro 11	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Paladar	116
Quadro 12	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Olfato	117
Quadro 13	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Tato	118
Quadro 14	- Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Coração	119

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
Apêndice B	Música de Relaxamento	145
Apêndice C	- Formulário de Vivência: os sentidos sócio-comunicantes do corpo	146
Apêndice D	- Escala de Avaliação dos Sentidos Corporais	147
Apêndice E	- Vivência dos Lugares Geomíticos	148



## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A - Autorização da Comissão de Ética

150

## SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE APÊNDICES	
LISTA DE ANEXOS	
<b>CAPÍTULO I -INTRODUÇÃO.</b>	19
1.1. A Importância da Temática na Trajetória Profissional	19
1.2. Clientes com Necessidades Especiais de Saúde frente à DE	22
Questões Norteadoras	26
Objeto	27
Objetivos	27
Contribuição do Estudo	28
1.3. O Cuidado de Enfermagem Frente às Necessidades do Cliente	30
<b>CAPÍTULO II - REFERENCIAL</b>	35
2.1. Referencial Teórico-Metodológico	35
2.2. Destacando o Referencial	35
2.3. As Recusas da Sociopoética	36
2.4. Dispositivo Analítico do Grupo Pesquisador	39
2.5. Etapas Metodológicas da Pesquisa	40
2.5.1. Caminho para Produção dos Dados	40
Primeiro Momento da Pesquisa	42
Segundo Momento da Pesquisa	48
Terceiro Momento da Pesquisa	61
Quarto Momento da Pesquisa	64
Quinto Momento da Pesquisa	64
Sexto Momento da Pesquisa	75
<b>CAPÍTULO III - ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS</b>	76
3.1. Criatividade e os Estudos da Sociopoética	76
3.1.1. Sentido Visão: A percepção visual da auto-imagem frente às transformações do corpo na disfunção erétil	77

3.1.2. Sentido Audição: A percepção auditiva coercitiva sobre a auto-imagem	89
3.1.3. Sentido Paladar, Sentido Social: a percepção fragmentada na relação conjugal	94
3.1.4. Sentido Olfato: A memória olfativa como elo da satisfação	98
3.1.5. Sentido Tato: A dimensão do toque frente à (im)potência física e afetiva	102
3.1.6. Sentido Coração: A Potência Humana na Percepção Afetiva	106
3.2. A Convergência da Produção de Dados com os Princípios da Sociopoética	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS.	139
APÊNDICES	141
ANEXO	150

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### 1.1. A Importância da Temática na Trajetória Profissional

Para explicar o processo mediante o qual resolvi fazer o mestrado, tenho que retroceder no tempo e deixar emergir minhas implicações como enfermeira assistencial do cuidado no processo cirúrgico e, em particular, no que tange àqueles cuidados ou ações referentes ao cliente com necessidades especiais de saúde (CNES) pela disfunção erétil<sup>1</sup> (DE).

Segundo Figueiredo *et al.* (2004, p.97), “clientes com necessidades especiais de saúde (CNES) são aqueles que possuem uma condição mental, física, emocional ou social, que interfere em suas vidas normais”.

Então, recordando minha prática profissional, desenvolvida em vários setores, inclinei a compreender no perioperatório a riqueza do mundo subjetivo do cliente com DE que necessita de cuidados durante o atendimento nas diferentes fases do processo. Assim, considero que, além de sua doença de base, ele também apresenta limitações na parte física e emocional.

Inserida, portanto, no processo dessa prática e vivenciando as suas transformações e contradições, senti-me extremamente co-responsável em contribuir para a enfermagem, produzindo conhecimento em uma área específica de atuação que envolve clientes com necessidades especiais.

Envolvida com a profissão, após significativa trajetória, acreditava na possibilidade de aprofundar os conhecimentos científicos, para valorizar no cuidado a subjetividade expressa pelos clientes no atendimento às necessidades físicas, afetivas e psíquicas ampliando,

---

<sup>1</sup> Disfunção Erétil (DE) – é a incapacidade permanente de obter ou manter ereção rígida suficiente para uma atividade sexual satisfatória (I Consenso Brasileiro de D.E, 1998).

também, a forma de percebê-lo no contexto de saúde/doença e no processo da internação e cirurgia.

Em 1976, quando comecei a trabalhar como Chefe de Centro Cirúrgico, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE identifiquei-me de imediato com a clientela, principalmente pela especificidade das necessidades e conseqüentemente do cuidado prestado.

Além do perfil de instituição de saúde especializada, os gestores da unidade primam pelo ensino e pesquisa, proporcionando continuamente oportunidades para o crescimento profissional dos funcionários, uma vez que tem como finalidade, o aprimoramento contínuo e a sistematização da assistência e do cuidado prestado aos clientes.

Em 1992, com a ampliação do serviço de cirurgia, tiveram início às cirurgias de implante de prótese peniana nos clientes com necessidades especiais de saúde (CNES) pela DE encaminhados pelo serviço de Andrologia do ambulatório do hospital.

No decorrer desses sete anos de trabalho, junto aos clientes com NES pela DE (1992/1999), a sistematização do serviço possibilitou-me perceber a necessidade da atenção e cuidado mais especializado nos aspectos subjetivos que floresce o cuidado com o corpo, devido à baixa auto-estima e do profundo impacto causado por essa disfunção.

Ao ingressar como aluna especial do curso de mestrado em 2003, pude, através da disciplina eletiva Pragmática Assistencial de Enfermagem<sup>2</sup>, participar de vivências práticas utilizando os “sentidos corporais”, como categorias sensibilizadoras, para produção desse conhecimento humano já pontuado na tese de Araújo (2000) e que acredito ser um caminho de pesquisa para captar signos do corpo que precisa de uma prótese para apreender que sentidos isso tem para ele.

---

<sup>2</sup> Disciplina oferecida pelo DEMC no curso de mestrado e doutorado da EEAN.

Considerando que a DE é um problema sexual, transformado em um tabu para os clientes, acredito que há uma necessidade de se desenvolver um cuidar cada vez mais sensível e solidário no âmbito das inter-relações enfermeira x cliente para o atendimento refinado aos aspectos subjetivos nesta especialidade.

A sexualidade masculina é muito complexa. Ela envolve o bem estar tanto no aspecto físico como no psicológico. Para isso é muito importante conhecer o próprio corpo e saber como ele funciona. Até porque ao homem é cobrada a virilidade e a potência sexual sempre como uma fonte inesgotável independente de seu estado físico. Qualquer falha compromete a sua imagem de machão e pode marcar para sempre seu desempenho. Muitas das vezes os problemas decorrem destas pressões.

Neste processo, podemos perceber que o corpo do homem é personalizado como autor da desgraça sexual. Ao falhar sexualmente o homem considera que o corpo tem falhas, é doente e não se responsabiliza pelo ato sexual falho. Mas a maioria dos distúrbios como dificuldade de ereção e impotência tem causas orgânicas e pode ser curado com tratamento clínico ou cirúrgico como é o caso da implantação da prótese peniana.

A ansiedade com relação ao desempenho, impotência e outros aspectos da sexualidade masculina são assuntos importantes e raramente abordados. O homem deve estar atento a vários detalhes do seu corpo que podem afetar direta e indiretamente toda a sua sexualidade. As respostas sexuais dependem de um equilíbrio da mente e corpo, ou seja, corpo sadio e mente são sinônimos de felicidade sexual. Não pode esquecer de cuidar do corpo que fica geralmente escondido sob as roupas, e que na hora do encontro sexual deve estar saudável para uma completa satisfação com a companheira.

## **1.2. Clientes com Necessidades Especiais de Saúde frente à Disfunção Erétil**

A preocupação com o desempenho sexual ocupa relativo espaço na identidade do homem. A mesma expectativa de produtividade de desempenho pode ser observada no domínio profissional e sexual.

O desempenho da sexualidade do homem está reduzido ao seu recorte sexual e dá-se sob um clima de tensão e de restrição do prazer (NOLASCO, 1995). A impotência sexual sempre esteve na ordem do dia, não somente no meio médico. É só olhar para os filmes, romances, artigos de revista para se ver o grande volume de referências a respeito dos problemas de desempenho do homem nas relações sexuais.

Como destaca Freire in Vilar (2001, p. 449), “DE é a incapacidade persistente de atingir ou manter uma ereção peniana adequada para uma relação sexual”.

De acordo com o 1º Consenso Brasileiro de DE (1998), a maior incidência da DE é no idoso. Entretanto, tal associação não é atribuída apenas à idade, pois ocorre, provavelmente, porque esse é o grupo com maior predisposição a doenças crônicas e degenerativas. É nessa faixa etária que se observa maior incidência de doenças malignas com tratamentos freqüentes invasivos e /ou agressivos, que acabam comprometendo a função sexual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 1998).

A Organização Mundial da Saúde afirma que, no mundo, existiam 152 milhões de homens, em 1995, que sofriam de impotência ou disfunção erétil, como é designado atualmente e que serão 322 milhões, em 2025. Isso está ocorrendo porque há um envelhecimento da população, além do aumento dos efeitos nos homens mais jovens e mais idosos do diabetes, obesidade, depressão, medicamentos para combater a hipertensão e o colesterol, estresse, álcool e do cigarro. Os médicos concordam que esse cenário pode não se

concretizar, especialmente, porque a maioria dos casos de disfunção erétil é psicogênico, não físico<sup>3</sup>.

Bonaccorsi (2003, p.1) refere que quando um homem, com grande frequência, não consegue uma ereção total e rígida ou, então, perde esta mesma ereção antes da penetração ou durante o ato sexual e, portanto, não a completa, se diz que ele é impotente.

A impotência é adjetivada como sexual para diferenciá-la das outras formas de impotência, que podem acometer o homem e a mulher no seu dia-a-dia.

Para Bonaccorsi (2003, p. 1), “o termo impotência nos leva logo a classificar o homem como definitivamente incapaz de ter uma relação sexual, ou então que essa relação não é completa e satisfatória”.

A qualidade de vida do homem com impotência sexual, imposta pela DE desestabiliza e provoca desequilíbrio emocional, desencadeando dificuldades no âmbito pessoal, interpessoal e social, principalmente os seus valores humanos.

Maslow (1968, p.201) ressalta que: “[...] podemos descobrir quais são os valores para os quais os homens tendem, anseiam, lutam, à medida que se aperfeiçoam, e quais os valores que perdem quando adoecem [...]”.

É muito intenso o impacto emotivo da disfunção, principalmente o da ereção, na vida sexual do homem. Muitos deles demoram a ter coragem de ir ao médico, mesmo depois do aparecimento dos medicamentos e drogas existentes no mercado.

Segundo Bonaccorsi (2003, p. 72), "a DE trata-se de uma entidade multifatorial associada a inúmeros fatores de risco: vasculares, neurológicos, lesões traumáticas da medula, farmacológico, tóxico, endócrino, iatrogênico, metabólico, urológico, falsos fatores de risco, psicológico".

---

<sup>3</sup> Fonte: Congresso da Sociedade Internacional para o Estudo da Sexualidade e Impotência, primeira semana de julho/ 2003 - Paris.



Nas discussões que se travaram no 1º Consenso Brasileiro de DE, em 1998, foi destacado que o primeiro estudo epidemiológico na área da DE foi conduzido por Kinsey em 1948. Por meio de entrevistas com doze mil indivíduos, ele observou que a DE estava presente em cerca de 1% dos homens abaixo dos 19 anos; 3% até os 45 anos; 6,7% entre 45 e 55 anos; 25% até a idade de 75 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 1998).

Baseado no mesmo Consenso, a avaliação da DE na década de 40 tinha um enfoque completamente distinto do que predomina nos dias atuais. A incidência de DE apontada por Kinsey não traduzia a realidade da época, como se reconhece agora.

Os dados estatísticos do “National Ambulatory Medical Care”, dos Estados Unidos, também mostraram que em 1985 foram realizadas 525 mil consultas motivadas por DE, o que corresponde a cerca de 0,2% de todas as consultas ambulatoriais registradas naquele país.

Ao longo desses anos, atuando e também acompanhando a trajetória cirúrgica de clientes com NES pela DE, observei que algumas evidências destacam as necessidades que apresentam na consulta pré-operatória de enfermagem como indicadoras de investigação minuciosa.

Para melhor entender a seqüência do atendimento desse cliente na instituição, vale destacar o protocolo de atendimento de clientes candidatos à implantação de prótese peniana, que segue algumas etapas.

Os clientes encaminhados ao hospital são procedentes de vários serviços existentes no Rio de Janeiro, bem como oriundos do ambulatório do próprio hospital.

Para o atendimento, o cliente deve dirigir-se ao serviço de documentação para matricular-se e ser agendado como triagem no ambulatório de andrologia.

A conduta usada no ambulatório de andrologia resume-se em investigação diagnóstica, com a solicitação de exames laboratoriais hormonais e na realização de teste de estímulo de ereção.

A partir do resultado negativo, os casos são encaminhados para o ambulatório de cirurgia para colocação de prótese peniana. A partir dessa fase, o cliente será também encaminhado, respectivamente, para os serviços social, de enfermagem e de psicologia.

Pela sua singularidade, o respeito pelo cliente permite-lhe expor sua percepção acerca desta questão, segundo o seu imaginário, isto porque a enfermeira direciona o cuidado às pessoas e não às doenças, valorizando cada experiência de vida e tornando-o mais participativo.

Na prática, nem sempre o cliente quando no momento da consulta de enfermagem expressa verbalmente as emoções e sentimentos que lhe perpassam o imaginário e são surpreendidos pela doença e pelas conseqüências, interferindo na sua relação com o mundo. Alguns momentos da enfermeira com o cliente favorecem as observações das emoções e sentimentos dele diante da implantação da prótese peniana.

Considerando o valor dos princípios discutidos na sociopoética, como a formação do grupo pesquisador, idéia da pessoa que é pesquisada, e é também pesquisador não se limitando apenas no fornecedor de dados mais sim na produção do conhecimento; copesquisadores e facilitadores. Destaco também a importância do diálogo entre as culturas para contrapor a leitura acadêmica com outras leituras que sejam propostas pelo grupo pesquisador, uma leitura com perspectiva de um outro olhar. Assim, o ser humano pode criar leituras diferentes favorecendo o cruzamento com outros aspectos culturais, sem renunciar à academia. O aspecto crítico no desenvolvimento da sociopoética surge quando se trabalha com dados produzidos pelo GP. No entanto, torna-se difícil ter um distanciamento das ideologias e traços culturais que permeiam os dados. É necessário elucidar as relações de poder na pesquisa para equilibrar os dois aspectos tanto dos resultados produzidos quanto da literatura existente sobre o assunto estudado.

O corpo inteiro é o produtor do conhecimento, da razão, da emoção, da imaginação e da capacidade de criar imagem. Os membros do GP, geralmente trazem o lado da emoção conforme a cultura, enquanto nós, da academia, desenvolvemos o lado racional, o que não impede o trabalho. A pesquisa deve respeitar as diferenças entre as pessoas onde essas diferenças são potencializadas e não abafadas.

Destaco o princípio da produção dos dados, através da produção artística após o relaxamento. Responsabilidade sobre o sentido da pesquisa, discutir os objetivos, o retorno para o GP, ético, político, social, negociar o sentido da pesquisa. O facilitador pertence ao GP, mas não se pode negar sua especificidade.

Ressalto, também, a importância do sentido espiritual humano na produção de conhecimento.

Partindo destas considerações, formulamos **as seguintes questões que nortearam a** pesquisa.

- Como o imaginário dos clientes se manifesta frente à DE?
- Como esse imaginário aponta para a esfera do cuidado?

Essas questões remetem a uma preocupação com o atendimento das necessidades pessoais ou particulares desses clientes frente aos cuidados com o corpo, seus sentimentos, emoções e os aspectos interpessoal e social relacionado à DE.

Ainda que participando e acompanhando no pré-operatório algumas manifestações são visíveis no cliente, tais como: emoção, medo do risco da cirurgia, insegurança em relação à área a ser operada que se refere ao âmbito pessoal, pelas alterações corporais e emocionais frente à DE.

Essa clientela se caracteriza pelas lesões vasculares que acabam comprometendo não só o coração, os rins ou outros órgãos, mas também a sexualidade pelas alterações

fisiológicas que dependem da integração de mecanismos psíquicos, vasculares, endócrinos, neurológicos que alteram a fisiologia normal da função erétil.

Não somente a fisiopatogenia ocasiona a alteração vascular, mas também os fatores que integram estímulos psicogênicos (desejo, percepção, olfato e outros) que trazem uma alteração não só fisiológica, mas uma alteração psíquica, caracterizando o cliente na sua condição de várias doenças do sistema sexual, o que os remete a alterações na vida pessoal, social e sexual.

Quando não há reversão no quadro de DE, conseqüentemente o tratamento indicado é a implantação de prótese peniana.

Acredito, portanto, que, através do imaginário, podemos desvelar as necessidades e desejos vivenciados pelos clientes com a DE e ainda não compartilhadas durante a interação enfermeiro / paciente no pré-operatório, sejam possíveis de serem capturados através da vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo e da técnica projetiva dos lugares geomíticos.

Frente ao exposto, traçamos como **objeto de estudo**, a percepção sensorial imaginativa do cliente frente à convivência com a DE.

Elaborou-se os seguintes **objetivos**:

- Identificar a percepção sensorial imaginativa do cliente frente à DE, no pré-operatório;
- Descrever como a vivência dos sentidos sócio-comunicantes reflete a convivência do cliente frente à DE;
- Analisar como esse imaginário aponta subsídios na esfera do cuidado de enfermagem.

Gauthier e Santos (1998, p. 123) definem o imaginário como “o lugar onde estão depositadas as imagens simbólicas coletivas, a partir das quais é possível para cada um de nós criar a nossa própria representação, geralmente inconsciente, do mundo”.

De acordo com Barbier (1994), o sentimento embora engloba a emoção, dela se diferencia. A emoção surge quando nos defrontamos com o desconhecido e com a não-resposta. Já o sentimento é uma espécie de compreensão intuitivo-afetiva da complexidade da realidade.

Conforme ressalta Araújo (2000), em sua tese, pesquisar na sociopoética é aprender sobre quem e com quem pesquisamos e, portanto, faz-se necessária a aproximação e diálogo em um mesmo nível de compreensão para partilhar os prazeres e angústias vivenciadas pelas pessoas.

Como **contribuição do estudo**, podemos destacar:

- 1- A ampliação do conhecimento em relação à enfermagem e a DE para o núcleo de pesquisa da instituição no campo da pesquisa;
- 2- A ampliação das fontes de pesquisa de enfermagem cirúrgica em endocrinopatias na implantação de prótese peniana;
- 3- A compreensão do sentido que os clientes passam a dar as alterações do seu corpo ocorridas pela DE e ao convívio com a prótese;
- 4- Ampliação do espaço profissional do enfermeiro junto a família mediado pela interação grupal pelo diálogo com o cliente, sendo possível indicar o rumo da assistência de enfermagem no processo cirúrgico dentro de uma perspectiva mais ampla;
- 5- A identificação da construção imaginária do cliente com DE, em relação às necessidades e desejos vivenciados, beneficiará o enfermeiro que dele cuida no processo perioperatório;

- 6- A construção de conhecimento como referência para enfermeiros graduandos e pós-graduandos que atuam com essa clientela no processo cirúrgico ou de internação;
- 7- Esta pesquisa também possibilitará a (re) adaptação parcial da técnica de vivência: os sentidos sócios comunicantes do corpo (ARAÚJO, 2000) que, ao ser conjugada com a projeção de lugares geométricos, contribuirá como fonte de dados para o enfermeiro e/ou pesquisador na linha do cuidar/cuidado do corpo e das pessoas interessadas pelo método sociopoética. Dessa forma, contribuir para o fortalecimento do eixo de pesquisa do cuidado no núcleo de pesquisa em enfermagem hospitalar de DEMC/EEAN/UFRJ;
- 8- Poderá contribuir para que a assistência seja discutida entre os profissionais de uma equipe multidisciplinar, não considerando apenas os aspectos técnicos científicos que os mesmos dominam e julga importante, mas a visão destes clientes, sobre suas expectativas, necessidades, desejos e sentimentos quanto aos aspectos relevantes para a atuação do enfermeiro quando da assistência prestada;
- 9- Contribuir para que na consulta de enfermagem pela abordagem da sociopoética, signifique uma abertura de fronteira na imaginação das pessoas pela DE, dos enfermeiros que cuida e que elas possam drenar para dentro e para fora aquilo que eles estão sentindo;
- 10- Reforçar o sentido político das pesquisas em enfermagem que, agora com a sociopoética, descobre a importância da troca de saberes entre clientes e profissionais para definir e implementar o cuidado às pessoas;
- 11- Enfim acredito que trabalhar com GP tem a intencionalidade de produzir relações de troca de saberes para a pesquisa em enfermagem.

### 1.3. O Cuidado de Enfermagem Frente às Necessidades do Cliente

Cuidando de clientes com necessidades especiais é que encontramos um terreno fértil e oportunidades de “identificar situações” sobre sexualidade não satisfeita e por esta razão reprimida, uma vez que nenhuma atenção a esta questão está incluída nos programas das Instituições, muito menos nos diagnósticos e implementação da assistência de enfermagem (FIGUEIREDO *et al.*, 2004, p.165).

O cliente com DE traz consigo a necessidade e o desejo vivenciado em sua história social, em razão da sua problemática de saúde. A necessidade e o desejo afloram mais do que nunca em razão da necessidade de ter a ereção e o desejo para conduzir sua vida sexual ativa. O cuidado frente a esses aspectos precisa ser mais sensível e melhor investigado com o intuito de criar uma outra ética e estética na ação de cuidar capaz de resgatar a auto-estima daquele que sofre com a disfunção.

Citando o cuidar de clientes com NES, frente à DE, vale destacar as diferentes etapas de tratamentos já submetidos e o processo cirúrgico pelo qual o cliente passa. Nesse enfrentamento, o cliente com disfunção deposita na cirurgia e no cuidar/cuidado com o corpo, que pulsa suas emoções a possibilidade de solucionar todos os problemas decorrentes dessa alteração corporal. Devemos fazer com que o cliente consiga transmitir o que está sentindo com palavras e através de suas expressões. Em geral, na comunicação interpessoal, o uso efetivo dos nossos sentidos sócio-comunicantes do corpo como a visão, a audição, o tato, o olfato, o paladar e o coração são os responsáveis em assegurar a percepção acurada na pesquisa.

O envolvimento, a empatia e o respeito mútuo numa interação para compreender o cliente, em toda a sua dimensão do ser humano, e respeitá-lo como tal, fazendo urgente ouvir o silêncio, ou seja, as necessidades comunicadas.

Assim, esperamos melhor entender o que acontece com o homem no processo perioperatório de implantação de prótese peniana e conhecer suas dificuldades em verbalizar

a percepção de si mesmo e dos seus próprios sentimentos através do grupo de clientes com a mesma condição clínica.

O cuidar na área da enfermagem busca desenvolver seus próprios e específicos conhecimentos frente às necessidades do cliente no cenário da pesquisa.

No momento em que fazemos um atendimento ao cliente no ambulatório, é pela comunicação estabelecida com o cliente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir diante da DE. Se eles falam de suas sensações e expectativas, suas palavras podem ser expressões de subjetividade, pois refletem o que escondem no mais íntimo do ser.

Se gerarmos um espaço para que eles se expressem, poderemos identificar os problemas por eles sentidos e, assim, buscar as melhores condições para os cuidados. O conhecimento sobre o seu corpo e a consciência das transformações físicas e afetivas vivenciadas na DE pode ajudá-lo a encontrar meios para recuperar sua auto-imagem e estima.

Stefanelli (1993, p. 93) refere que no relacionamento enfermeira-cliente o “ouvir reflexivamente é uma habilidade a ser desenvolvida por enfermeira e cliente: aquela tem de se esforçar para que este também aprenda a ouvir as outras pessoas”.

O cuidado da enfermeira com clientes com NES pela DE se inicia no pré-operatório, na primeira consulta ao ambulatório de cirurgia. É muito importante essa etapa no processo pré-operatório. Os problemas emocionais começam a ser compartilhados na forma como expressam a preocupação com a doença, pois eles começam a conscientizar-se e a vivenciar as dificuldades impostas pela disfunção, pela vergonha do que vão ter que relatar.

Quando esses clientes chegam à consulta, muitas vezes descobrimos que estão enfrentando sérias crises conjugais, a ponto de vivenciarem processos de separação já deflagrados, e que, na maioria das vezes, retrocedem no momento em que lhes é oferecida uma possibilidade de restabelecimento da vida sexual a dois.



Horta (1979, p. 39), na visão biológica da necessidade assim a definiu: “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”.

Acredito que compreender os estados de tensões, conscientes ou inconscientes dos clientes nos possibilita melhor condição de interação.

As dificuldades que se apresentam em falar de sexualidade, de sexo, sensualidade e corpo não foram superadas pela enfermeira. É difícil para o cliente falar sobre sexualidade, principalmente quando tem que falar da impotência dele, tudo fica muito mais difícil. Por tabu esse assunto fica restrito, sendo falado com constrangimento a começar no consultório médico, e também junto à equipe de enfermagem.

A sexualidade é tratada pela nossa cultura de denominação machista, onde o homem tem que ser macho, dar prazer e nunca falhar em suas funções sexuais, fazendo com que muitas vezes omita sua disfunção, deixando a companheira pensar que está sendo traída ou simula estar doente, evitando, assim, o contato sexual.

Segundo Nolasco (1995, p.78),

ter um corpo perfeito e guerreiro é um indicador de masculinidade, bem como ter as emoções distantes para não se envolver e deixar que a razão flua melhor. Um coração de ferro lembra um coração frio, pesado, sem emoção, semelhante ao exigido para o homem.

O homem, quando acometido pela disfunção, sofre o impacto negativo no seu relacionamento com a companheira, a redução da auto-estima e do bem-estar psicológico e físico. O desejo no cuidar vem mostrar que, além das necessidades básicas, podem-se criar outras formas que produzem satisfações mais elaboradas, via habilidade adquirida no cuidar com o corpo.

Como ressalta Teixeira (1998), o enfermeiro geralmente tem dificuldade de trabalhar com essa abordagem, mas, por falta de conhecimento que sustente seu saber técnico, sente-se mais ansioso por ter que vencer a barreira da própria insegurança. Os saberes não provém

apenas da formação acadêmica, mas também da experiência com a abordagem usada durante os cuidados prestados aos clientes.

Na sua prática, falta-lhe a sensibilidade de uma ligação de emoção para abordar a subjetividade do cuidado com o corpo. Essa deficiência faz com que o profissional, por defesa, afaste-se, perdendo um pouco o seu lado humano. Existe, também, a enfermeira que, mesmo não tendo essa formação, esforça-se para trabalhar com a subjetividade da clientela, buscando outras leituras de sua prática.

Teixeira (1998) menciona que o cuidado frente às necessidades e desejos do cliente, para uma produção do conhecimento coletivo, é preciso finitude e perceber os sentimentos, a realidade corporal, o conteúdo imaginário às enunciações desejanças, isso em qualquer atividade humana, pois a perspectiva ética e estética passa por qualquer campo humano.

A prática de educação em saúde pode ser realizada em vários níveis do campo da saúde, no setor fechado e no setor ambulatorial. É importante a educação em saúde na prática educativa pela comunicação estabelecida entre o cliente e o enfermeiro; só assim podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir.

Concordo com Stefanelli (1993, p.22) quando diz que

o enfermeiro tem de ser um educador por excelência e educação é, sobretudo comunicação. É por meio do uso da comunicação com o cliente que o enfermeiro pode realmente efetuar mudanças no comportamento deste. Além disso, o atendimento de quase todas as outras necessidades humanas básicas do cliente depende, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre ele e o enfermeiro.

Freire (2003, p.58) afirma que "o educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca".

O cuidar na sua forma não verbal, no compreender de Araújo (2000), está no modo de olhar, falar, abordar no toque; o olfato que é o sentido mudo, o que não tem palavras, ouvir e

sentir a emoção com o coração, todos visando auxiliar o profissional de saúde no cuidado de enfermagem.

Ackerman (1992, p. 17) ressalta que “os sentidos definem os limites da consciência, eles não esclarecem a vida em atos gritantes ou sutis, dividem a realidade em fatias vibrantes, juntando-as de modo a formar em padrão significativo”.

Tive acesso ao banco de dados no Sistema MedLine que contém periódicos das diferentes áreas de saúde, publicados desde 1993 a 2004. Nesta busca / investigação foram identificadas, através dos descritores, o seguinte levantamento: “cuidados prótese peniana” - 07 referências; “enfermagem e peniana” - 01 referência; e “cuidados de enfermagem pré e pós-operatório prótese peniana” - não foi encontrada nenhuma referência. No banco de dados LILACS foi encontrado, no mesmo período, somente 01 pesquisa “cuidados prótese peniana”; e ao investigar a expressão “prótese peniana” foram encontradas 179 referências.

Não foram encontrados dados que contribuíssem com a pesquisa.

## **CAPITULO II**

### **REFERENCIAL**

#### **2.1. Referencial Teórico-Metodológico**

Este capítulo discorrerá os princípios e recusas na abordagem sociopoética e sobre o dispositivo analítico do grupo pesquisador subsidiando o desenvolvimento desta investigação (GAUTHIER, 1999). Construir os dados com subsídios da tese de Araújo (2000) referente à vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo: visão, paladar, tato, audição, olfato e coração. Além da vivência, utilizamos a técnicas projetivas, dos Lugares Geomíticos (SANTOS e GAUTHIER, 1999), para a produção dos dados. Ressalto que foi necessário incorporar, ainda, bases conceituais de outros autores, selecionados a partir da própria demanda dos dados, produzidos contribuindo para um enriquecimento da análise multirreferencial.

#### **2.2. Destacando o Referencial**

É uma pesquisa de abordagem qualitativa desenvolvida segundo o dispositivo analítico do grupo pesquisador (GP), junto a clientes com DE.

Na sociopoética, várias técnicas podem ser desenvolvidas permitindo reflexões acerca do cuidado de enfermagem, no qual a enfermeira e o cliente se comunicam com o corpo através da fala e dos gestos, deixando transparecer a essência humana no momento da interação.

Santos e Gauthier (1999, p.11) chamam de sociopoética "toda a abordagem de pesquisa ou aprendizagem que destaca, simultaneamente: a importância do corpo como fonte do conhecimento e de construção do imaginário". Nesta, é importante não separar cabeça

/corpo que pensam junto, fazendo uma só junção, empregando-o como fonte de conhecimento integrando à razão, à emoção, intuição e sensação.

Os autores destacam ainda a importância das culturas dominadas e de resistência na produção das categorias e dos conceitos. Através de sua participação na pesquisa, desejamos produzir um conhecimento sobre as opressões sofridas que são desconhecidas pelo grupo, e a partir dele conhecer e poder encontrar o que foi silenciado, o resgate do saber, as várias formas de conviver com a disfunção.

O papel dos sujeitos pesquisados como co-responsáveis pelos conhecimentos produzidos, como co-pesquisadores, é importante para o grupo pesquisado e o pesquisador nessa interação, nesse partilhar a pesquisa, através dele como sujeito da pesquisa, que temos os dados produzidos, análises e interpretações. Essa integração é o que define o grupo pesquisador, sobressaindo, também, temos o papel da criatividade do tipo artístico.

No aprender, no conhecer e na pesquisa, quando a elaboração da pesquisa é trabalhada em grupo com o uso das técnicas, ajudando a expressar a criatividade e estimulando o imaginário de cada um, provocando novas compreensões, novos desafios que vão surgindo no processo da resposta e vão se reconhecendo, mais e mais, como compromisso e como grupo pesquisador.

A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes; o pesquisador tem que dar valor à espiritualidade e ao grupo, compreensão, solidariedade, compartilha sua crença e suas ansiedades, contra todas as opressões sofridas.

### **2.3. As Recusas da Sociopoética**

Segundo Gauthier (1996), colocam-se com o direito de exigir das nossas pesquisas presentes e futuras cinco recusas que reforçam os princípios acima destacados na produção do

conhecimento referentes à recusa de separar a cabeça do corpo, ou seja, a importância do corpo na construção do imaginário.

Quem sabe bem do conhecer é o corpo. O corpo sensível, sensual, percorrido de fluxos e refluxos, que tem a memória da exterminação da deportação, do fechamento e da indignação da revolta. O corpo, também, que sabe rir, cantar, dançar, sussurrar, explodir e gozar (GAUTHIER e SANTOS, 1996).

Na segunda recusa, há o desejo de se encontrar os saberes, o que foi silenciado pelas culturas dominadas, da participação na produção de conhecimento, das categorias e conceitos por eles produzidos; há a necessidade do resgate de pensamento adormecido de grupos sociais.

Na terceira recusa, os sujeitos da pesquisa são co-responsáveis pelas informações de conhecimentos sobre si mesmos havendo uma produção conjunta do conhecimento produzido.

Gauthier (1999, p.16) relata que "a sociopoética, ao considerar todos e cada um como poeta, pesquisa o que é humano no ser humano, sua plasticidade, seu poder de devanear, de encontrar-criar, cada dia, a realidade".

A quarta recusa consiste em separar o lado intuitivo perceptivo do lado artístico, usando-se somente o intelecto científico e esquecendo-se a expressão pela voz e pela dança, porque a arte libera a criatividade, a sensibilidade e o imaginário, muitas vezes reprimidos pelo intelecto. Para Gauthier (1999, p.54), "a sociopoética resgata o que foi silenciado, entupido, matado no passado. Ela permite a expressão de devires virtuais, ela permite viver uma outra história, criar outros devires, novas singularidades".

A última recusa da sociopoética é a de não separar o conhecimento da espiritualidade e das preocupações filosóficas. É uma síntese das quatro recusas anteriores, a importância fundamental do sentido espiritual humano.

A ética inquieta os homens e as mulheres, por mover contradições, e por isso, na sociopoética considera-se o processo de investigação como um pesquisar junto. Os facilitadores das pesquisas se educam mutuamente e são educados pelo grupo pesquisador, e possuem uma qualificação específica, que permite criar dispositivo proporcionando um espaço tempo para o pesquisar junto e a aprendizagem mútua (GAUTHIER e SANTOS, 1998, p. 125).

Como facilitadora da pesquisa, é preciso que a enfermeira esteja atenta ao grupo, registrando as vivências dos integrantes, as reflexões sobre as dinâmicas, as expressões verbais e não-verbais, bem como suas próprias percepções. Agindo assim, haverá um melhor entrosamento na pesquisa e à medida que o pesquisador vai convivendo com o grupo, possibilitando que certas suposições pré-concebidas sejam trocadas por outras a partir da própria realidade.

Para Gauthier e Santos (1996, p. 24), “a sociopoética vem do compromisso com os oprimidos e explorados, excluídos e marginalizados das sociedades capitalistas atuais. São eles que nos deram à força de viver, e de falar”.

Segundo Gauthier e Santos (1998, p.21), "a pesquisa científica em enfermagem, em vez de subestimar a prática, pode aproveitar da sua especialidade e da complexidade da prática, para desenvolver uma nova concepção de pesquisa”.

O intelecto não é a única forma de conhecimento da enfermeira. Na relação com o cliente, os sentidos e a intuição têm um papel fundamental.

A pluralidade das culturas que compõem uma sociedade mostra que há várias formas de cuidar, oriunda de vários paradigmas socioculturais.

Da mesma maneira que a enfermeira considera o cliente como um ser muito além de um mero objeto, a pesquisadora pode, por exigência ética, considerar as pessoas que vivem com ela a aventura da pesquisa como sujeitos da pesquisa, co-responsáveis pelos resultados, quer dizer dos dados produzidos e até dos métodos, das hipóteses, das análises e das interpretações.

Associar as pessoas (ou grupos, se o pesquisador escolher trabalhar com técnicas de pesquisa grupais) à elaboração da pesquisa traz grandes conseqüências: a criatividade e o espírito crítico podem ser estimulados por métodos de pesquisa inspirados em Paulo Freire (2003).

#### **2.4. Dispositivo analítico do Grupo Pesquisador**

Segundo Gauthier e Santos (1996, p.29), a sociopoética possui duas características que devem impedir da abordagem o fechamento narcisista do grupo:

- “. A utilização de métodos poéticos ligados à arte e à criatividade;
- . A conseqüente produção de uma poesia crítica”.

Gauthier e Santos (1996, p.23) definem que o Grupo Pesquisador é muito mais além do que uma simples estratégia para a produção de dados, na qual se destacam seis momentos.

1. O (a) pesquisador escolhe um tema orientador: as perguntas que ele idealiza antes de iniciar a pesquisa, as coisas que mais ou menos claramente, nesse momento ele quer saber. Esse tema é apenas um ponto de partida que pode ser modificado durante o processo de pesquisa.
2. “A partir do tema, o orientador, o pesquisador e o grupo envolvido na pesquisa vão delimitar qual é a demanda de saber do grupo, que não é obrigatoriamente parecida com a vontade de saber do pesquisador e aí ocorre um ajuste para ambos” (GAUTHIER e SANTOS, 1996, p.24).

No primeiro tempo, como método dialógico, os dados são produzidos na interação entre o pesquisador e o grupo, o que permite a obtenção de dados individuais e coletivos. Tais dados são analisados grupalmente.

No segundo, o pesquisador analisa isoladamente, as estruturas invisíveis que se escondem nos atos e palavras do grupo.



No terceiro tempo, o pesquisador restitui ao grupo os resultados da sua análise explicando como procedeu para que analisem tais resultados e interpretação num movimento dialógico. Oposições e desacordos podem persistir no grupo ou entre o pesquisador e o grupo.

3. Do momento de análise e confronto nascem perguntas novas, que agora não são mais apenas oriundas do tema orientador do mero pesquisador, mas que são a produção do próprio grupo pesquisador.
4. A partir dessas novas perguntas pode começar, se o grupo quiser uma “transformação” do mundo.
5. Avaliação grupal de todo processo de pesquisa.
6. Momento da publicação da pesquisa.

## **2.5. Etapas Metodológicas da Pesquisa**

Será destacado como se deram as etapas metodológicas previstas na pesquisa.

### **2.5.1. Caminho para Produção dos Dados**

O procedimento da produção de dados teve início no dia 26 de maio de 2004 após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (Anexo A), atendendo às determinações da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que fixa as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

A produção dos dados obedeceu aos passos do grupo pesquisador e teve como cenário o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), localizado no Rio de Janeiro, com clientela especializada em diabetes e endocrinologia.

Como pretendia trabalhar com grupos de, no mínimo, seis clientes e, no máximo, doze de cada vez, contatei inicialmente, através de ligação telefônica com doze clientes, cujos nomes encontravam-se no cadastro do serviço social. Vale destacar que vários clientes

encontram-se na fila de espera para a implantação de prótese peniana, dependendo somente apresentar condições clínicas e satisfatórias para indicação cirúrgica.

Nesta pesquisa, selecionei apenas aqueles em vias de avaliação institucional e, portanto, respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos não desencadeando nos demais a ansiedade e as expectativas relativas à espera da cirurgia.

O critério da seleção foi pautado em que todos os clientes estivessem em pré-operatório de implantação de prótese peniana, em fase de atendimento ambulatorial, e escolhidos independente da idade, raça, religião, escolaridade e da condição física.

Quando telefonei convidando-os para participarem desta pesquisa, expliquei com detalhes que ela seria com clientes com o mesmo diagnóstico de DE, que haveria respeito à fala dos componentes do grupo, liberdade de expressão, sigilo compartilhado e notificação ao grupo em caso de alguma desistência no curso da pesquisa.

Assegurei que o conhecimento que eles iam me passar, através da participação no encontro com o grupo, ajudaria muito a todos. Após confirmação da presença dos clientes no encontro, confeccionei o material de pesquisa.

No grupo, como previsto, houve esclarecimento de dúvidas e uma integração entre os participantes.

No ano de 2004, foi realizado um total de oito encontros com os dois grupos pesquisados. Participaram no primeiro grupo seis clientes e no segundo nove clientes. O encontro com o primeiro ocorreu nos dias, 26/05, 31/05 e 14/06 respectivamente sempre no período da manhã. O encontro com o segundo grupo ocorreu nos dias 15/07, 20/07, 28/07, 05/08 também no período da manhã. O oitavo encontro aconteceu com a junção dos dois grupos no dia 13 / 08, das nove às onze horas.

### **Primeiro Momento da Pesquisa**

Pela complexidade do método e pela riqueza das informações, optei por trabalhar com os dois grupos em separados na primeira fase da pesquisa.

Os co-pesquisadores aceitaram participar após lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e foram notificados que seriam identificados pelas iniciais do primeiro nome na produção dos dados.

No primeiro grupo, apenas seis clientes confirmaram presença. Os demais declinaram em participar, alegando, no momento, a impossibilidade de liberação no trabalho, mas demonstraram interesse em fazê-lo em outra oportunidade.

Então, para formar o 1º GP, mantive contato com os clientes, explicando-lhes o local onde ocorreria a pesquisa e, assim, organizei cada encontro. Confeccionei o material de apoio à pesquisa e a reprodução dos instrumentos para produção de dados.

Para facilitar o acesso dos participantes para a pesquisa e o desenvolvimento das atividades no dia do encontro, reservei a sala próxima ao ambulatório de cirurgia. Esta sala foi preparada com retroprojetor, equipamento de som, poltronas e cadeiras, dispostas em semicírculo, e a mesa com lanche balanceado para portadores de diabetes.

No dia 26 de maio de 2004, na sala localizada no segundo andar do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE), pela primeira vez no período de dez às treze horas, estive reunida com o grupo pesquisador, para tratar de uma questão de saúde comum à pesquisadora e/ ou aos co-pesquisadores.

Como um dos passos preliminares da produção, podemos destacar a recepção de alguns participantes no local, data e hora confirmada. Ao recebê-los, iniciei as apresentações informais do grupo, convidando-os a sentar-se. Conversei sobre a pesquisa, explicando mais uma vez como seriam nossos encontros e o porquê da escolha de pesquisar com esses clientes. Com música ambiente ao fundo do cantor Leonardo, música de escolha intencional da

pesquisadora por ser um cantor que circula no meio popular, atual e letra de fácil compreensão. Essa música também foi usada no encontro com o segundo grupo, e com boa aceitação por todos.

Faltaram chegar duas pessoas e a decisão de aguardá-los foi compartilhada com os demais, principalmente porque esses dependiam ou de alguém que os trouxessem ou de um senso de direção que lhe tomara mais tempo de locomoção que os demais pela falta de visão. Eles eram clientes cegos e demorariam mais do que o tempo habitualmente usado por quem difere dessa condição de limitação física. Todos concordaram em aguardar a chegada dos participantes, entendendo que, como grupo e tendo confirmado a presença e interessados em participar das atividades reservadas pela pesquisa não deviam ficar de fora.

Enquanto aguardávamos os dois participantes que faltavam, aproveitei para falar um pouco da minha experiência com clientes cirúrgicos, da importância de acompanhá-los durante todo o processo e destacando, principalmente, a fase pré-operatória, como sendo aquela reservada a todos os esclarecimentos necessários, visando uma rápida recuperação do cliente.

Foi com muita expectativa que aguardamos a entrada dos participantes que chegaram quase ao mesmo tempo. Auxiliamos sua movimentação na sala e sua disposição na poltrona a eles reservada. E foi, também, com muita emoção na voz que o mais novo do grupo, nesse momento, percebeu e verbalizou sua surpresa ao encontrar alguém no grupo com a mesma condição visual que ele.

Pelo avançado da hora, iniciei pelo lanche, seguido da apresentação nominal e individual dos participantes. Destacamos posteriormente a finalidade do encontro, o planejamento e os objetivos da pesquisa.

Realizei a distribuição individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e procedemos à leitura e à explicação de cada um dos itens que, após

concordarem, foi assinado por todos os participantes. Em seguida, foram recolhidos e encontram-se em poder da pesquisadora. Eles também concordaram em ser identificados pelas iniciais do primeiro nome na produção dos dados.

Iniciamos, então, pelo relaxamento durante dez minutos com a apresentação da música “Que nem Maré” de Jorge Vercilo (Apêndice B). Música também escolhida, pela pesquisadora, por ter uma letra de fácil compreensão e popular. Todos ouviram atentamente, expressando discretos movimentos dos pés ou mãos, acompanhando o ritmo; outros com movimentos afirmativos com a cabeça ou simplesmente olhando para o chão.

Após ouvi-la, conversamos sobre a escolha da música e as impressões durante o relaxamento. Alguns refletiram sobre sua condição, mas a maioria reportou-se a imagens da casa e da companheira. A música foi considerada bonita, oportuna e as sensações geradas foram agradáveis.

Na etapa seguinte da técnica de pesquisa escolhida, me baseei na vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo, usada por Araújo (2000) na qual são destacados os sentidos corporais; visão, audição, tato, paladar, olfato e coração.

Esta técnica de vivência sociopoética foi implementada obedecendo ao dispositivo analítico do grupo pesquisador.

Nesta pesquisa, me propus adaptar a vivência para um formulário de pesquisa (Apêndice C), contendo as figuras representativas dos sentidos corporais acompanhadas das questões. Utilizei a projeção individualizada de cada um dos seis sentidos em projeção com transparência a partir das questões norteadoras: Como as alterações corporais e emocionais remetem as necessidades e desejos frente à DE e à implantação da prótese peniana? Essa proposta foi aceita por cada participante do grupo.

Entretanto, vale destacar que cada sentido corporal foi acompanhado de sua respectiva questão para que os co-pesquisadores respondessem ou escrevessem com uma frase cada alteração corporal percebida por cada sentido do corpo, que foram as seguintes:

Sentido visão - Que alteração eu vi no meu corpo que mais me marcou?

Sentido tato - Ao tocar o meu corpo que sensações modificaram?

Sentido audição - O que ouviu que mais impressionou?

Sentido paladar - O que falei que me causou angústia?

Sentido olfato - Que cheiro é marcante, que cheiro perdi, que cheiro tem meu corpo?

Sentido coração - Que emoções ou sentimentos apresentam diante dessas alterações corporais?

Após distribuição individual do formulário aos participantes, utilizei a projeção de cada figura para que respondessem com uma frase as questões apresentadas. Essa etapa teve duração média de cinquenta minutos.

Ao projetar a imagem de cada sentido corporal procurei valorizar a participação do cliente, dividindo com o GP a produção de conhecimento a partir dos depoimentos apresentados no coletivo.

Para atender a limitação física, imposta pela diabetes avançada, entre dois clientes do GP, optamos por fazer a descrição pormenorizada de cada figura projetada.

Após projeção, os integrantes do grupo escreviam no formulário a frase completa associando-a ao que julgavam, segundo seu imaginário, ser a resposta para cada pergunta.

Considerando a dificuldade de escrita dos dois participantes cegos e para facilitar o resgate das respostas imaginadas e mentalizadas por eles, optamos por priorizar a enunciação das respostas, iniciando preferencialmente por esses dois co-pesquisadores, o que teve consentimento dos demais participantes.

Para cada projeção e construção da frase correspondente, utilizamos em média cinco minutos, utilizando um maior tempo para a apresentação individual no coletivo.

Elaborei uma escala intitulada de avaliação da (con)vivência com DE através dos sentidos corporais. A escala apresenta mensuração cujo valor varia de 0 a 10, me baseando na descrição proposta por Polit e Hungler (1995).

Para conjugação desta análise, enfoquei os seis (6) sentidos sócio-comunicantes do corpo com valores de zero (0) a dez (10), com a finalidade de resgatar a capacidade do cliente de mensurar sua forma de perceber com maior precisão, os sentimentos, as emoções, as rejeições, as decepções. Através dela, foi possível mensurar desde a esperança até a dificuldade de verbalizar sua própria condição física por intermédio dos sentidos corporais. Após essa etapa, distribuimos individualmente o instrumento da Escala de Avaliação da convivência com a DE criada através dos Sentidos Corporais (Apêndice D) e fundamentada estaticamente por Polit e Hungler (1995).

Projetei o instrumento em transparência e apresentei a escala explicando que, para cada sentido do corpo, eles dessem uma nota dependendo do valor que estavam sentindo e que esse valor seria de 0 a 10, conforme a explicação acima citada. A finalidade e o tipo de marcação desejada desse instrumento efetivou-se colocando um círculo em volta do número correspondente à avaliação quanto às alterações corporais e emocionais em cada sentido do corpo. Essa etapa teve a duração média de trinta minutos.

Da mesma forma que na etapa anterior, apresentei a descrição detalhada do instrumento e priorizamos, na fase de enunciação dos resultados obtidos na escala, a apresentação inicial dos dois participantes com impossibilidade de fazê-lo por escrito. Após relato dos resultados, perguntei a cada um o por quê do valor atribuído, o que prontamente responderam sem nenhum grau de dificuldade e demora.

Em seguida, foi distribuído o instrumento com lugares geomíticos (Apêndice E), aos clientes do GP, contendo figuras de dezesseis lugares: terra, poço, ponte, túnel, rio, caminho, estrada, arco-íris, trilho, galáxia, limiar, labirinto, fluxo, falha, cume e gruta que tomaram vida favorecendo seu imaginário. Nessa técnica projetiva dos lugares, a expressão verbalizada do imaginário se fez a partir da correlação dos lugares geomíticos e a convivência frente à DE, após escolha dos lugares levantados com o grupo, o porque da escolha e o que significava ou representava o lugar escolhido na vida de cada um.

Santos e Gauthier (1998) explicam que, nessa técnica, a projeção de figuras inspira-se em uma lógica baseada nas culturas indígenas do Pacífico.

Cada membro pesquisador, através dos dezesseis lugares apresentados fez sua escolha, de acordo com o que sentiam e o que o lugar representava para eles. Alguns escolheram mais de um, tal foi a identificação com os lugares apresentados. Dois clientes não escolheram nenhum lugar.

Apresentei ao GP, a finalidade desse levantamento e a descrição pormenorizada de cada figura representando os lugares para facilitar a preferência dos dois participantes cegos.

Nessa fase, a etapa de enunciação não obedeceu a uma ordem pré-estabelecida. A explicação da escolha do lugar e o significado atribuído para a seleção deu-se de forma livre, conforme o desejo e a manifestação espontânea dos membros participantes e teve duração de quarenta minutos.

Ao final das atividades, procedemos com uma avaliação grupal, esclarecendo dúvidas e daí recolheu os impressos preenchidos, grampeando-os por participante e agendamos o próximo encontro para o dia 31/05/04 às nove horas.

Todas as etapas foram gravadas em fita cassete e após transcrição e análise resultou na subtração de temas e subtemas representadas por depoimentos repetidos ou ímpares para a compreensão do imaginário individual e coletivo do grupo pesquisado, frente à convivência



com a DE. Essas etapas deram a eles um espaço de liberdade fazendo com que eles conseguissem externar seus sentimentos antes não compartilhados. Procurei, nos temas e sub temas, buscar elementos básicos para fundamentar as categorias analíticas da pesquisa.

### **Segundo Momento da Pesquisa**

No primeiro momento de minha reclusão, ao ler e reler o conteúdo dos depoimentos optei pela apresentação, a partir do Quadro Geral de Apuração de Dados,(Quadro 1) resultante do primeiro encontro com o GP.

**Quadro 1 - Quadro Geral dos Dados - Grupo 1 e Grupo 2 Sequenciados**

<b>Iniciais</b>	<b>Visão</b> - que alterações eu vi no corpo que mais me marcou	Escala de avaliação do olho	<b>Tato</b> - ao tocar o meu corpo que sensações modificaram	Escala de avaliação do tato	<b>Audição</b> - o que ouviu que mais impressionou	Escala de avaliação da audição	<b>Paladar</b> - o que falei que me causou angústia	Escala de avaliação do Paladar / Social
<b>D</b>	Ao olhar a minha esposa eu senti a indiferença	<b>06</b> ainda, sinto o prazer de tocar	A sensação do toque na esposa, ainda é o mesmo prazer, mas sensação de potência eu não sinto nada, porém com o membro sem ereção quando eu toco nela com ele eu sinto prazer de ficar ali quieto no carinho. É a vontade de querer sem conseguir	<b>08</b> sinto muito prazer, muito desejo ao tatear.	Foi não me toque mais. Me deixou pra baixo, porque eu não tinha mais penetração. Não me toque	<b>0</b> quando da minha esposa ouvi dizer não me toque mais. Fiquei arrasado.	Foi quando cheguei ao ponto de não conseguir nada, absoluta-mente nada, caí na real e liberei minha esposa para arranjar um namorado ou marido. Falei para ela não ficar presa a mim. Depois me arrependi.	<b>02</b> falei para ela se liberar e me arrependi.
<b>R</b>	A tentativa da companheira que tentava fazer se mostrar compreensiva na situação.	<b>10</b> foi o melhor que consegui.	Quase nada mudou, só não consigo transmitir o que sinto para a companheira pelo toque.	<b>10</b> nada mudou.	Ouvi de um colega que não precisava fazer a operação porque teria outros meios de satisfazer a mulher como por exemplo: com os dedos, etc.	<b>09</b> porque não dá para perceber quase nada.	Foi quando falei: Desculpe-me.	<b>09</b> pela desculpa e decepção.
<b>C</b>	Eu lembro que não olhava para ele, ficava triste, doía muito.	<b>10</b> porque eu enxerguei bem.	Ao tocar ficava triste.	<b>08</b> quando boto a mão na patroa bate forte.	Foi a patroa falar: você está doente, não precisa ficar triste, um dia vai ficar bom e tudo vai ficar bem.	<b>10</b> graças a Deus o que minha esposa fala eu escuto bem.	Falou que ia sumir, depois se arrependeu.	<b>09</b> porque minha esposa fala coisas bonitas.

<b>Iniciais</b>	<b>Visão</b> - que alterações eu vi no corpo que mais me marcou	Escala de avaliação do olho	<b>Tato</b> - ao tocar o meu corpo que sensações modificaram	Escala de avaliação do tato	<b>Audição</b> - o que ouviu que mais impressionou	Escala de avaliação da audição	<b>Paladar</b> - o que falei que me causou angústia	Escala de avaliação do Paladar / Social
<b>J</b>	Senti eu mesmo ao olhar no espelho que meu pênis não era o mesmo.	<b>03</b> não soube me expressar melhor.	Eu tocando no meu membro não senti nada, nenhuma sensação, ele fica caído,morto,defunto,sem iniciativa.	<b>05</b> porque eu sinto prazer mas não consigo.	Foi minha companheira me chamar para ter relações, e eu não poder satisfazer a vontade dela e a minha vontade.	<b>02</b> Porque eu abraço minha esposa e não sinto.	Foi minha companheira me chamar para ter relações e eu falar que não podia ter relação.	<b>07</b> porque eu não consigo ter relação.
<b>P</b>	Ao olhar a minha esposa senti a indiferença.	<b>01</b> quando olhei para minha esposa,senti a indiferença.	Ao tocar o meu corpo,senti que parte estava fora do mesmo.	<b>01</b> porque tenho medo do problema,ocorre e que quando toco com a mão sinto que tem alguma coisa fora do corpo.	Foi quando eu voltei à psicóloga e ela falou que voltaria a ser um garoto de 15 anos.	<b>10</b> quando ouvi da psicóloga que voltaria a ser um garoto de 20 anos atrás.	Foi quando eu falei com a minha companheira que não era o mesmo de 20 anos atrás.	<b>10</b> falei que ainda sinto o cheiro dela.
<b>A</b>	Senti a alteração do corpo,foi através da mão e que me marcou muito. Senti através do tato (olho) no sentido compensação.	<b>10</b> minha esposa me aceitou assim mesmo.	Falou do futuro,da satisfação de voltar a ter ereção. Quando eu toco ele não me atende do jeito que eu quero. Não sinto prazer,nem ereção.	<b>08</b> diante do meu problema de impotência,tem o visual também e fica mais difícil você colocar a mão e identificar imediatamente o que você pega.	Foi quando ouvi a esposa falar para dar um jeito de fazer a cirurgia. Ela queria trabalhar para pagar a cirurgia.	<b>10</b> porque ela me aceitou do jeito que sou, não me recriminou em nenhum momento.	Foi quando perguntei para minha esposa se ela queria que eu fizesse a cirurgia eu me arrependi de ter perguntado isso para ela, eu me senti mal logo após ter perguntado.	<b>0</b> porque falei para ela se realmente queria que eu fizesse a cirurgia.

<b>Iniciais</b>	<b>Visão</b> - que alterações eu vi no corpo que mais me marcou	Escala de avaliação do olho	<b>Tato</b> - ao tocar o meu corpo que sensações modificaram	Escala de avaliação do tato	<b>Audição</b> - o que ouviu que mais impressionou	Escala de avaliação da audição	<b>Paladar</b> - o que falei que me causou angústia	Escala de avaliação do Paladar / Social
<b>H</b>	Quando vi o meu corpo “sentir”, fiquei oprimido, acuado no canto	01- fiquei deprimido, não sei explicar c/palavras, uma sensação que falta algo totalmente.	Ao tocar veio a depressão, Fiquei destruído.	Escala - 0 não tenho palavras	Quando ouvi dos colegas tão novo, bonito e brocha, como vai ficar agora a sua mulher, também jovem e bonita.	Escala – 01 Me senti perdido sem reação c/o que ouvi.	me causou angústia quando não soube falar p/a companheira o que estava acontecendo, só quem está c/essa situação sabe o que passa na mente.	Escala – 01 pela angústia de não saber falar.
<b>RC</b>	Quando vi meu corpo assim fiquei muito mal e falei com a companheira do problema.	Escala – 01 Porque não gostei do meu problema.	Ao tocar o meu corpo perdi a companheira, perdi tudo, aí veio a depressão.	Escala – 04 c/o toque eu tenho retorno c/a companheira.	O que mais me impressionou foi quando um colega falou para mim que nosso amigo era diabético e brocha, então achava que esse amigo estava, fiquei calado e envergonhado, senti na pele.	Escala – 0 Porque me senti mal com o que ouvi do meu colega.	Foi ter falado para meus amigos da minha impotência	Escala - 0 Pela vergonha da impotência.
<b>JP</b>	Quando eu vi que não tinha ereção acabou tudo para mim, veio a depressão, meu teto caiu.	Escala – 01 Vi tudo fracassado, acabou o mundo para mim.	Ao me tocar, fiquei maluco, pensei em colocar gesso, não suportava tocá-lo.	Escala – 04 No toque as companheiras, não estou fracassado de todo.	O que mais me impressionou foi quando meu filho sem saber me chamou de brocha, falou sem saber de nada, mas isso me magoou, até hoje quando ele fala brincando eu fico magoado.	Escala - 0 O que ouvi acabou o dia a noite tudo para mim.	Minha angústia é não ter falado para ninguém, só para meu travesseiro e é c/quem eu converso. A companheira sabe mas não liga, acha natural.	Escala - 0 Porque a companheira, acha que devo continuar como estou; e perguntar porque o medo de ficar assim.

<b>Iniciais</b>	<b>Visão</b> - que alterações eu vi no corpo que mais me marcou	Escala de avaliação do olho	<b>Tato</b> - ao tocar o meu corpo que sensações modificaram	Escala de avaliação do tato	<b>Audição</b> - o que ouviu que mais impressionou	Escala de avaliação da audição	<b>Paladar</b> - o que falei que me causou angústia	Escala de avaliação do Paladar / Social
<b>W</b>	Acabou a vida, desgosto, deprimido. Acabou a capacidade de homem me senti discriminado quando vi meu corpo c/a disfunção.	Escala – 01 Não me vi bem.	O que me marcou foi minha incapacidade, perdi meu valor como homem.	Escala – 02 Ainda com uma esperança.	Ouvi de mim mesmo que estava difícil.	Escala – 0 Por não ter ninguém para me ouvir.	Falei para mim mesmo que tinha acabado a vida, e fui procurar um médico	Escala -01 Pela expressão que lesei comigo mesmo.
<b>IV</b>	Quando eu vi os caroços no meu pênis e ele atrofiando e perdendo a potência isso marcou muito.	Escala – 01 Pela tristeza o que vi.	Quando eu tentava excitar no toque e não conseguia pensei até besteira.	Escala – 06 Meu tato ainda acusa alguma coisa e com retorno.	Lamentação por parte da companheira isso marcou muito me senti impotente deprimido.	Escala – 01 O que eu ouvi da minha companheira não gostei.	Que ela poderia ir embora depois me arrependi e voltei atrás.	Escala – 01 Por ter falado besteira.
<b>LC</b>	A alteração foi terrível a ereção significava tudo. Eu era muito metido arrogante, meu teto caiu quando tive que admitir perante a companheira	Escala – 03 O que vi não gostei.	Ao tocar me senti extremamente amargo mudou minha vida, me tornei mais humilde.	Escala – 06 Por ser um alento poder tocar a minha companheira uma vez que não posso fazer o sexo com o pênis.	Foi quando ouvi das pessoas a associação do diabetes com a disfunção, sentia vergonha porque eu sou diabético.	Escala – 04 Porque apesar de ouvir coisas ruim de outras pessoas minha companheira me ajudou, ouvi seu apoio.	Em uma conversa c/a companheira ela falou que Deus ia me ajudar, eu xinguei Deus e estou de mal c/ele até hoje.	Escala – 02 Por ter xingado Deus.

<b>Iniciais</b>	<b>Visão</b> - que alterações eu vi no corpo que mais me marcou	Escala de avaliação do olho	<b>Tato</b> - ao tocar o meu corpo que sensações modificaram	Escala de avaliação do tato	<b>Audição</b> - o que ouviu que mais impressionou	Escala de avaliação da audição	<b>Paladar</b> - o que falei que me causou angústia	Escala de avaliação do Paladar / Social
<b>CC</b>	Senti-me muito mal, tristeza, perdi a noção, fiquei sem reação, deprimido.	Escala – 01 Vi tudo negativo.	Me senti impotente tocava e não sentia nada.	Escala – 01 Pelo fracasso muito caído.	Foi quando a companheira pediu-me para procurar um médico.	Escala – 02 O que ouvi e continuo ouvindo não me interessa mais, estou no negativo.	Foi contar para as companheiras o que estava acontecendo.	Escala – 01 Me senti deprimindo envergonhado .
<b>JV</b>	Queria tomar veneno de rato, me senti muito mal, o serviço social era quem falava comigo, agora eu tenho a senhora no meu caminho.	Escala – 01 Não gostei do que vejo, fico triste.	Ao tocar tenho vontade de morrer, para que viver assim, minha companheira é jovem.	Escala – 0 Não tenho mais tato, minha mão esta fraca.	Eu ouvi de mim mesmo que não servia mais para nada. Queria morrer.	Escala – 01 Não tinha nada para ouvir.	Foi quando falei para minha companheira que só poderia satisfazê-la com o dedo.	Escala – 0 Fiquei muito triste.
<b>JL</b>	Quando olhei vi minha impotência fiquei transtornado.	Escala – 01 Pela disfunção fiquei transtornado.	Senti que não era mais a mesma pessoa, fiquei desinteressado pelas mulheres.	Escala – 02 Pela mudança que houve tenho esperança.	Foi difícil, quando ouvi dos amigos que eu era jovem, estéril e impotente.	Escala – 0 Não gostei do que ouvi, fiquei deprimido.	Para conviver com alguém teria que ser normal, me sentia um zero à esquerda e tinha que falar para as mulheres que não podia fazer sexo.	Escala – 0 Sentia-me rejeitado.

<b>Iniciais</b>	<b>Olfato</b> -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	<b>Coração</b> - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
<b>D</b>	Não ligava, não sei como responder esta pergunta. Não perdi o cheiro. O cheiro de minha mulher ainda permanece. O cheiro do meu corpo é bom.	<b>05</b> porque não consigo definir totalmente o cheiro.	No princípio quando começou meu problema minha esposa reagiu pessimamente. Agora com os preparativos para a colocação da prótese estou preparado para passar por emoções a partir do momento que vão resolver o meu problema.	<b>10</b> estou cheio de expectativa.	Limiar – traz sensação de meditação,paz. Estrada – paz.,
<b>R</b>	Toda vez que fazia amor o cheiro da satisfação de felicidade dela, quando terminava o ato. O meu corpo cheiro de aseado.	<b>08</b> sinto falta do cheiro da satisfação da companheira.	Que amo a vida humildade de saber esperar minha vez. Ter paciência para aguardar minha vez e compreender.	<b>10</b> apesar do que estou passando ainda consigo sentir amor ao próximo.	Rio – para pescar, nadar,tomar banho. Galáxia – a busca do desconhecido. Estrada – nos conduz a muitos caminhos diferentes, lugares certos e errados.
<b>C</b>	O cheiro da minha mulher são 44 anos sentindo esse cheiro é muito bom. O cheiro do meu corpo é normal.	<b>10</b> sinto o cheiro dela em tudo na casa.	Foi uma emoção muito forte, grande quando fui chamado para fazer a cirurgia e o dia que recebi a alta e fui para casa.	<b>10</b> tenho a emoção de viver bem.	Rio – tomar banho de rio. Túnel – porque eu gosto de viajar dentro do túnel, acho bonito,bom,interessante.
<b>J</b>	Perdi o cheiro da minha amada. Meu corpo tem cheiro bom.	<b>06</b> tudo que tem em casa sinto o cheiro bem.	Eu me amo cada vez mais. Estou me dando valor.	<b>05</b> me amo cada vez mais.	Caminho – porque gosto de caminhar, passear, caminhar para um lugar certo. Rio – para pescar, nadar,tomar banho. Trilho – me leva para Paracambi. Estrada – para passear,conhecer lugares como Brasília.

<b>Iniciais</b>	<b>Olfato</b> -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	<b>Coração</b> - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
<b>P</b>	O cheiro de ter ela ao meu lado. Meu corpo tem cheiro bom, cheiroso.	<b>10</b> ainda sinto o cheiro dela quando chego em casa.	Minha emoção foi quando cheguei no hospital e conheci Dona Castorina. Está tudo tranquilo no momento que estou passando.	<b>10</b> a emoção de voltar aos meus 15 anos.	Estrada – pela minha profissão de motorista,gosto de estrada,ande por lugares certos e errados, bonitos e perigosos. Caminho – porque gosto de caminhar,passar.
<b>A</b>	O cheiro de minha mulher ainda permanece. O perfume que ela usa. Não tive alteração nenhuma. O meu corpo o cheiro é normal.	<b>10</b> ainda sinto o cheiro dela.	Passei a valorizar mais a minha esposa e minha filha. Antes não dava o valor que elas mereciam. A minha mãe também.	<b>10</b> porque minha filha me dá força e me emociona.	Rio – para pescar. Limiar – porque é o horizonte e eu estou correndo atrás disso. Túnel – estou no escuro,estou em busca desta luz no final do túnel, se Deus quiser vou conseguir. Arco-íris – representa o dilúvio.
<b>H</b>	O cheiro marcante é o amoníaco, de prazer de essência gostosa. O que perdi com a ereção foi esse cheiro de podre nada te faz bem tudo te incomoda. Sinto falta do cheiro, e cada vez menor a busca do cuidar porque não sabemos de um tratamento, agente fica com cheiro de podre.	Escala – 0 Pela ausência do cheiro.	Meu sentimento é de apertado, oprimido, estar com uma esposa jovem e não poder compartilhar a alegria, o que eu tinha esta preso, retido, mesmo tendo os outros meios não é a mesma coisa, porque aí a gente só recebe e não da nada.	Escala – 01 Pelo não compartilhamento das emoções.	<u>Estrada</u> – Novo caminho desconhecido onde você vai passar a conhecer através da pisadura. <u>Ponte</u> – É um elo de ligação de um ponto a outro, para chegar a algum lugar com barreiras para tentar atravessar. <u>Folha</u> – Vejo como uma barreira e não sabendo atravessar. <u>Túnel</u> – Quando o túnel é longo pensamos estar perdido, quando começamos a caminhar vimos uma luz e que tem uma saída.



<b>Iniciais</b>	<b>Olfato</b> -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	<b>Coração</b> - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
<b>RC</b>	O cheiro marcante é o da minha filha. Perdi o cheiro feminino. O meu corpo tem cheiro normal.	Escala – 04 Não perdi a esperança de sentir o cheiro da companheira.	Emoção que senti foi quando olhei para a companheira e vi que eu já tinha feito tudo, queria sossego aí aconteceu a impotência , fiquei com o sentimento abalado com pena da companheira e com medo de tornar um “perdido”. Tinha 35 anos.	Escala – 04 Esperança de resolver meu problema.	Não escolheu nenhum lugar. As figuras não representavam nada para ele.
<b>JP</b>	Não sinto cheiro de nada. O meu corpo tem cheiro de limpeza.	Escala – 0 Não sinto o cheiro.	O meu sentimento é de tristeza, caiu o pé. Tinha um relacionamento com uma moça jovem e não podia mais satisfazê-la, tive de me afastar e mentir dizendo que a mulher tinha descoberto tudo com ela tinha amor.	Escala – 07 Ainda tenho sentimento, afeto do familiares embora não tenha condições de me abrir com os familiares.	Não conseguir fazer alguma relação com as figuras.

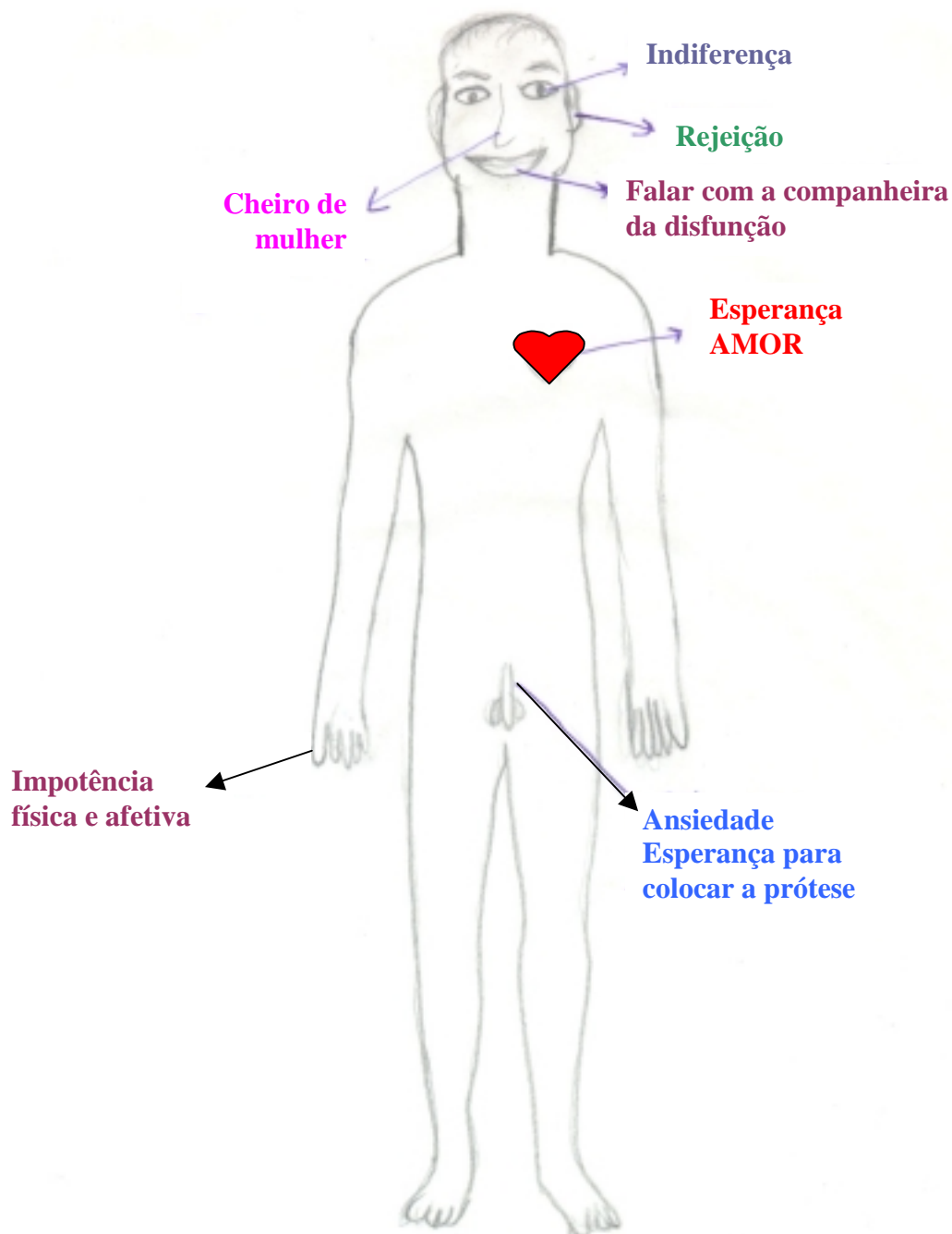
<b>Iniciais</b>	<b>Olfato</b> -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	<b>Coração</b> - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
<b>W</b>	Cheiro marcante é o cheiro de defunto por não sentir o cheiro de mulher, o cheiro feminino, o meu corpo está sem cheiro.	Escala – 0 Por não sentir nada não poder contemplar o cheiro de mulher.	Senti uma emoção de desgosto, também envergonhado por ter perdido o carinho de várias mulheres que tive oportunidades.	Escala – 03 Por sentir ainda uma pressão afetiva por minha companheira.	<u>Ponte</u> – representa uma passagem por cima d’água. <u>Folha</u> – faz lembrar uma passagem Bíblica quando Moisés falava com Deus e pedia para vê-lo visivelmente então Deus respondia que ninguém poderia vê-lo, mas ele ia deixar, mas através de sombra da folha e pelas costas. <u>Terra</u> – significando onde vive = planeta. <u>Trilho</u> – imagino estrada de locomotiva de longa distância. <u>Arco-íris</u> – sinal do tempo de Noé, quando destruir a terra em água, depois torno-se normal, um sinal de Deus.
<b>IV</b>	Ainda sinto o cheiro das partes íntimas da minha companheira. Não perdi – O cheiro da companheira O cheiro do meu corpo é natural, é de suor.	Escala – 10 Porque ainda sinto esse cheiro da companheira.	Sentimento de desprezo pela companheira, sinto tristeza, acho que estou sendo desprezado, pergunto sempre se ela ainda gosta de mim.	Escala – 0 Pelo meu sentimento de tristeza.	<u>Túnel</u> – Vejo que há alguma coisa do outro lado. <u>Caminho</u> – Quero chegar a algum lugar /estou chegando aonde queria. <u>Ponte</u> – Fico querendo atravessar mas não vejo nada do outro lado estou desesperançado.

<b>Iniciais</b>	<b>Olfato</b> -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	<b>Coração</b> - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
<b>LC</b>	Não tenho cheiro marcante, sem ereção somos defunto, com a falta de prática sem contato íntimo não sinto cheiro. O meu corpo tem cheiro de limpeza.	Escala – 03 por chegar nessa situação que sente o cheiro que quer e quando você não consegue lidar com o sentimento é muito triste.	O meu sentimento foi de infelicidade, mas de certa forma fiquei amoroso, compreensivo tentando compensar, porque quebrei a crista, a casa caiu.	Escala – 10 Ainda não perdi a esperança.	<u>Galáxia</u> – Os meus sonhos, associei a essa imagem. <u>Labirinto</u> – A busca incessante do meu problema. <u>Túnel</u> – A luz no final do túnel que estou esperando. <u>Estrada</u> – Trazendo felicidade com a urgência, vou fazer com a companheira após cirurgia. Vou curtir muito.
<b>CC</b>	Perdi todo o cheiro, não sinto nada.	Escala – 0 Por ter perdido o cheiro.	Desgosto, tristeza sofrimento, queria morrer.	Escala – 0 Por estar muito infeliz com o problema.	<u>Caminho</u> – O lugar mais certo para chegar à cirurgia.
<b>JV</b>	Nenhum cheiro me marca, não sinto cheiro. Meu corpo tem cheiro normal, cheiro de velho.	Escala – 0 Não sinto nada, nenhum cheiro.	Meu sentimento é de tristeza, antes dessa reunião só queria morrer, desaparecer do mundo.	Escala – 03 Ainda tenho sentimento bom pela companheira	<u>Rio</u> – Fui criado no interior, o rio lembra quando criança quando tomava banho. <u>Terra</u> – Gosto da terra, gosto de fazer plantação.

Iniciais	Olfato -que cheiro é mais marcante / que cheiro perdi / que cheiro tem meu corpo	Escala de avaliação do Olfato	Coração - que emoções ou sentimentos apresenta diante dessas alterações corporais	Escala de avaliação do coração	Lugares Geomíticos
JL	Perdi o cheiro feminino, pensei até em me isolar. O cheiro do corpo não sinto mais, estou bloqueado.	Escala – 03 Tenho esperança de voltar a sentir o cheiro.	Meu sentimento é de ansiedade, por querer voltar a ser o que era, estou incapacitado, sem esperança, por ser diabético sinto uma impotência física.	Escala – 02 Esperança de voltar a se o que era.	<p><u>Galáxia</u> – Quando estamos com dificuldade na vida procuramos mais imaginação, outras coisas além da capacidade da gente, procurar pensar em outras coisas e não nos meus problemas, isso para mim é galáxia interplanetária.</p> <p><u>Túnel</u> – Um lugar onde buscamos sempre um final, vou buscar uma luz, tem sempre uma esperança.</p> <p><u>Poço</u> – Me sinto no fundo do poço, desacreditado, não acreditando no que pode acontecer.</p> <p><u>Labirinto</u> – É um caminho que precisa ter jogo de cintura para chegar ao final, que reflete na vida das pessoas durante a nossa vida junto com nossos problemas, nossas dificuldades, felicidades, tristezas e isso torna um labirinto na vida da gente, aí temos que caminhar.</p>

Após análise dos quadros, ao me defrontar com as idéias que mais se repetiam e com aquelas pouco citadas pelos participantes, decidi que a melhor forma de devolver os dados ao grupo seria através de uma figura humana masculina na qual intitulei de “check list”. Nela, de forma simplificada, registrei, em relação a cada sentido corporal, uma palavra que reproduzisse a idéia individual do GP.

### "CHECK LIST" - 1º GRUPO



### **Terceiro Momento da Pesquisa**

Então, no dia 31/05/04, na sala próxima ao ambulatório de cirurgia, encontramos com o GP, que estava mais entrosado e descontraído, e com a figura humana masculina reproduzida em folha de papel pardo, discutimos sobre as idéias encontradas nos depoimentos.

Eles queriam saber como era a prótese peniana e a transformação do corpo após cirurgia. Expliquei, mostrando a prótese e todos a pegaram para sentir como era e a textura do material usado em sua fabricação. Indiquei a posição que ficaria em seu corpo após a cirurgia e os cuidados que deveriam ter na postura, uma vez que estaria sempre em semi-ereção, isto é, não estaria totalmente relaxada. Essa etapa, com duração de duas horas e meia, também foi gravada e, após transcrição, permitiu a análise e revalidação dos depoimentos levantados no primeiro encontro.

Como a maioria dos participantes destacou a companheira como principal elemento diante das necessidades e desejos vivenciados na DE e na implantação da prótese peniana, discutimos com o grupo a necessidade de inseri-la no processo de cuidar e pesquisar, ainda que fosse como um grupo em paralelo.

A necessidade de trazer a companheira para o contexto foi apontada pela maioria, principalmente porque permitiria à enfermeira, como facilitadora, abordar com mais habilidade as questões referentes às modificações do corpo, sobre a disfunção, sobre os exames na fase pré-operatória, bem como remeter a participação esperada durante os cuidados diretos ao marido no pós-operatório imediato. Nosso terceiro encontro foi então marcado para o dia 14/06/04.

Como combinado com os companheiros, no dia 07/06/04, realizei um encontro com as companheiras do GP, já que os homens alegaram vergonha de falar sobre as coisas que apresentaram dentro do GP.

Era necessário ouvi-las, esclarecer suas dúvidas em relação à disfunção, ao tratamento e à cirurgia de implantação de prótese peniana. Era preciso, também, compreender o nível de relacionamento conjugal entre eles.

Às dez horas, comecei a reunião com cinco companheiras, porque a companheira de um deles se recusou a participar do encontro alegando não ter necessidade de participar do grupo nem tempo disponível.

Comecei a reunião falando da importância do trabalho em grupo, da ajuda mútua que elas necessitam em relação ao problema conjugal comum a todas e sobre a importância da força e do apoio que elas dedicaram aos companheiros. Destacadas como uma referência muito importante para eles nos diálogos com o grupo, expus-lhes resumidamente a declaração fornecida por eles de não ter esquecido o cheiro delas, apesar da falta de contato por um período muito longo por causa da disfunção.

A companheira de um deles, até o dia da reunião, falou que não tinha certeza da disfunção erétil. Ele falava-lhe que estava com um caroço que precisava operar, por isso não conseguia ter relações sexuais. Não a deixava tocá-lo e quando ia tomar banho colocava um pedaço de sabão embaixo da bolsa escrotal mostrando que ali se encontrava o caroço. Como ela estava desconfiada, no dia da reunião veio ter a certeza. Ele a convidou alegando que era preciso a presença dela no hospital para a enfermeira conversar sobre a cirurgia e a retirada do caroço e sobre a colocação de uma sonda permanente. Expressão usada por ele e “camuflada” para justificar a colocação da prótese peniana.

A companheira de outro cliente falou que também desconhecia a doença. Achava que ele a estava traindo, pois chegava muito tarde do trabalho e não dava explicação, às vezes trazia garrafadas para beber. Ela ficava muito zangada, terminava quebrando as garrafadas, pois pensava que era feitiço. Só veio a descobrir quando ele passou mal e foi para o hospital S.A. porque estava com 400mg de glicemia. Nesse momento, tomou conhecimento que ele

estava com disfunção e era diabético e que até então eles desconheciam a patologia. O cliente justificou então suas ausências e os atrasos no retorno de casa porque estava indo ao centro espírita para tratar da disfunção. As outras três companheiras tinham tomado conhecimento da disfunção por eles.

Após essas declarações, expliquei como seria colocada a prótese, como ficaria após cirurgia, e todas tiveram acesso à prótese nas mãos para sentir como era sua estrutura. Expliquei a importância da visita ao ginecologista para evitar possíveis desconfortos com contaminação por falta de uma prevenção e o uso da camisinha.

A pergunta geral era sobre se haveria mudanças no relacionamento em razão da ereção permanente do pênis, e se eles teriam um tempo de repouso, quantos dias sem uso após a cirurgia. Falei da necessidade de voltar a namorar, do companheirismo para não ficar uma coisa mecânica para que todos dois se beneficiassem e ficasse prazeroso. Expliquei que o curativo seria feito por elas e que precisava da presença delas após a cirurgia para treiná-las.

Foram esclarecidas outras dúvidas e todas falaram da rejeição sofrida pelo silêncio deles, da falta de diálogo pela dificuldade deles em falar da disfunção, gerando, muitas vezes, brigas sem motivo aparentes, dificultando, assim, o relacionamento. Ao final, me coloquei à disposição para quaisquer esclarecimentos caso houvesse necessidade.

Embora essa etapa não tivesse sido prevista na pesquisa, devo destacar que ela foi importante para compreender e auxiliar, não só os participantes do GP, mas também as companheiras e como casais mais unidos e conscientes que pudessem se envolver no processo cirúrgico, como destacarei na apresentação e análise dos dados. Nosso encontro teve duração de três horas e superou as expectativas quanto ao objetivo planejado.



#### **Quarto Momento da Pesquisa**

Ao ler e reler os depoimentos dos 1º e 2º encontros com o grupo pesquisador e os depoimentos das companheiras, optei pela construção em separado dos quadros de produção dos dados de cada sentido corporal.

O quadro referente ao sentido visão foi analisado relacionando os temas e subtemas dos depoimentos às estruturas escondidas do imaginário individual, segundo os lugares geomíticos. Como destaca Ackerman (1992), a visão é monopolizadora sobre os demais sentidos e penso que foi por isso que a visão trouxe a estrutura escondida e projetada no lugar. A análise desse quadro permitiu a visibilidade das categorias.

Os quadros referentes aos demais sentidos audição, paladar, olfato, tato e coração foram analisados relacionando os temas e subtemas dos depoimentos ao valor atribuído à escala de avaliação dos sentidos. A análise desses quadros permitiu, também, a visibilidade das categorias.

Ao analisar as estruturas do imaginário, no quadro dos sentidos visão, audição e paladar, construí a versão preliminar da poesia intitulada: **A lucidez**; no quadro dos sentidos olfato e tato: **O corpo fora do lugar**; e no quadro do sentido coração: **Metamorfose**, que serão apresentadas no item 4.2.

#### **Quinto Momento da Pesquisa**

Para o terceiro encontro com o GP, no dia 14/06/04, na sala próxima ao ambulatório de cirurgia, às nove horas, reuni os quadros, as poesias e as transparências com os lugares geomíticos escolhidos pelos participantes no primeiro encontro.

Iniciei, explicando como foi o encontro com as companheiras e depois como cheguei à construção dos quadros.

Ao ler os depoimentos, os participantes identificaram-se nos conteúdos transcritos e validaram os temas e subtemas encontrados em cada um dos quadros apresentados.

Após validação dos quadros, a poesia correspondente foi apresentada como resultado preliminar da análise dos quadros.

Ao proceder a leitura das estrofes, os participantes iam identificando seus depoimentos e concordando com sua composição.

Prosseguimos a apresentação dos quadros correspondentes ao sentido olfato e tato, assim como da poesia correspondente. Em seguida, foi a vez do quadro do sentido coração com sua respectiva poesia. E, tanto a segunda quanto a terceira apresentação foi validada pelo grupo pesquisador, sintetizando a construção imaginária do coletivo.

Para finalizar o terceiro encontro, resgatei a projeção dos lugares geomíticos, escolhidos por eles no primeiro encontro. Ao projetar novamente as figuras, possibilitamos a cada participante a oportunidade de validar ou ampliar a justificativa de sua escolha no primeiro momento da pesquisa.

Esse encontro teve duração de três horas e a transcrição dos depoimentos permitiu compreender ainda mais as estruturas escondidas no imaginário dos participantes.

Revedo novamente os temas e subtemas que se repetem nos quadros de apuração dos dados, foi possível analisar as categorias à luz dos princípios da sociopoética.

### **Informações Complementares**

O primeiro encontro com o segundo grupo, para a produção dos dados foi no dia 15/07 às nove horas, no mesmo local e obedecendo a mesma preparação do ambiente.

Quando fiz os contatos somente convidei seis clientes, obedecendo aos mesmos procedimentos, explicando-lhes sobre a pesquisa. Porém, a procura foi maior em razão da divulgação do GP anterior, o que não ocorreu com o primeiro grupo quando contatei doze

clientes e somente seis vieram. Tudo por causa do tabu em ter que falar da disfunção sexual para uma mulher. Mas, foi durante a pesquisa que eles sentiram confiança e passou a ser um assunto como outro qualquer e, assim, foram transmitindo para os outros clientes. Eles visitavam sempre o que já estava operado e a estimular aqueles que estavam na fila de espera.

Ao iniciar a pesquisa com o segundo grupo só estava faltando operar 01 cliente do primeiro GP. Isso fez com que eles tivessem esperança de serem operados, em razão de ter uma enfermeira interessada nesta clientela com esta patologia. Antes da pesquisa o movimento da cirurgia era menor, não porque não houvesse interesse do cirurgião, mas sempre tinha uma outra cirurgia mais urgente e iam deixando essa cirurgia para depois. Penso que pesquisar com esse grupo modificou-se na Instituição a forma também de percebê-lo pelos demais membros da equipe profissional.

Participaram deste segundo GP, nove clientes, também obedecendo aos critérios descritos anteriormente. Todos os participantes encontravam-se na fase de pré-operatório de implantação de próteses penianas. Ao todo foram cinco encontros, sempre no período da manhã.

Neste grupo teve também a participação de um cliente com deficiência visual. E os passos de produção, obedeceram à mesma ordem do primeiro grupo.

Destaco como comportamento diferenciado é que nesse grupo, após a música eles conversavam entre si sobre a disfunção perguntando uns para os outros quando tinha começado, quanto tempo estavam assim e cada um dava uma explicação sobre a sua disfunção.

Comecei explicando-lhes a causa e o que era a disfunção erétil, tal a ansiedade deles em saber o porquê da sua patologia, e o que ocorre com a colocação da prótese. Expliquei, também, a necessidade do apoio psicológico porque, muitas vezes, a baixa-estima vem

prejudicar o seu relacionamento fazendo com que a introspecção o prejudiquem e façam com que não procurem ajuda médica.

Após a explanação, houve explicação quanto à finalidade do encontro, do planejamento, dos objetivos da pesquisa e referentes ao termo de consentimento.

Fiz o recolhimento do termo assinado e começamos a pesquisa. Houve participação de um cliente que estava no pós-cirúrgico como co-pesquisador, e respondendo às perguntas que o grupo fazia a respeito da cirurgia como: A prótese incomodava? Sentia dores no pós-operatório? A anestesia doía? Quanto tempo de cirurgia?

A música para relaxamento foi a mesma usada no primeiro grupo, mas nem todos ficaram ouvindo atentamente; uns continuava conversando sobre a sua disfunção, estavam ansiosos querendo muitas respostas.

Quando perguntei sobre a música - se tinham gostado da escolha - alguns responderam que tinham e que a letra da música tinha tudo a ver com a condição deles (Apêndice B).

Comecei a primeira etapa da pesquisa, explicando que usaria a projeção de figuras dos sentidos sócio-comunicantes do corpo, acompanhadas com uma frase: as alterações corporais percebidas por cada sentido do seu corpo. Essa proposta foi aceita por cada participante do grupo.

Vale destacar que cada sentido corporal foi acompanhado de sua respectiva questão para que os co-pesquisadores respondessem com uma frase cada uma delas e as etapas subsequentes obedeceram à mesma ordem do primeiro grupo; contudo, após projeção dos sentidos e enunciação das frases construídas houve vários depoimentos por parte do GP. Preferi, então, interromper o prosseguimento da pesquisa, por achar importante às suas colocações.

J. falou da dificuldade de falar de ereção, só conversava com homem muito amigo, e estava agradecendo a oportunidade de estar no GP.

JP. citou que toda vez que ia ao médico tinha vergonha de falar sobre sexo, principalmente se a médica fosse mulher.

*H. ...quando fui ao médico, era uma doutora, ela pediu para eu tirar a roupa , fiquei nervoso, ela falou fique calmo aqui ninguém tem sexo, todo mundo é igual, me examinou, falei timidamente da disfunção. Ela me passou um remédio, usei, mas nada resolveu. Então parti para a colocação da prótese. Foi difícil falar do meu problema para a doutora.*

*JP. ...minha maior dificuldade foi me abrir sobre o meu problema, com o médico na consulta. Foi uma parte muito difícil, quando o médico era mulher eu não falava. Um dia fui ao médico ele era jovem e me perguntou se eu era diabético, e como estava a potência sexual. Eu falei, ele passou um comprimido, usei mais não resolveu. Passei mal e nada aconteceu. Estou impressionado como conseguir falar sem nenhum problema com uma enfermeira (mulher) e em grupo, estou feliz de ter com quem conversar, e ser compreendido.*

O grupo já tinha sido informado a respeito da participação das companheiras como um elemento muito importante no primeiro grupo GP.

Conversei sobre a importância da família, da companheira e da harmonia do casal. Expliquei para eles que colocar uma prótese não muda seu comportamento. E sair para encontrar pessoas que querem só sexo não dignifica ninguém. Temos que ter alguém nos esperando, ser amado, ter sentimentos e não somente desejos e prazer. É importante o apoio da família.

Quando a companheira não aceita a prótese, tem ocorrido sérios problemas de rejeição dela para com o companheiro. Expliquei que já aconteceu com outros clientes que não fazia parte do GP, e que as esposas não aceitaram por falta de informação a respeito da prótese.

W. falou que sempre as mulheres tiveram e fizeram o tratamento ginecológico

*... agora nós temos também o preventivo para o homem com o exame de próstata. Ambos os tratamentos são muito importantes, essa consulta sendo uma rotina para o homem vem ajudar para que falemos da DE sem pudor.*

JP. pediu para que a sua companheira não faça parte desse grupo, se fosse obrigatório ele sairia do grupo, não vou me sentir bem.

*A senhora nos deixa a vontade. Meu começo aqui foi uma trave, as pessoas têm que ser como à senhora porque deixa espaço, abre campo para nós falarmos.*

Pelo adiantado da hora doze horas e cinquenta minutos terminamos nosso encontro, agendando o próximo para dia 20/ 07.

O segundo encontro deste grupo teve início às dez horas do dia 20/07, com termino às doze horas na sala próxima à enfermaria de cirurgia para o desenvolvimento das atividades. O grupo estava mais entrosado, mais participativo.

Conversamos sobre como seria o nosso dia em relação à pesquisa, fizemos uma recapitulação do encontro anterior e, a partir daí, expliquei que usaria uma escala de avaliação, onde daríamos uma nota de Zero a dez aos sentidos já citados por eles, valorizando cada um. E procedemos da mesma maneira, como no primeiro grupo; complementando com a projeção dos lugares geométricos e as etapas previstas na produção. Ao término da pesquisa, que teve a duração de cinquenta e cinco minutos, recolhemos o material, e agendamos para o dia 28/07, o terceiro encontro do GP e, por intermédio deles, a reunião com as companheiras para o dia 23/7.

O encontro com as companheiras do segundo GP deu-se no dia 23/07 das dez horas às doze horas.

Iniciamos falando sobre a importância da companheira no processo de DE do grupo, sendo elas muito citadas pelos companheiros. Nos encontros com os grupos foi apontada a necessidade da participação nas discussões que os envolvem, porém separadas dos homens para não haver constrangimentos. Os homens pediram que não fosse junto.

Resolvi fazer o encontro separado que serviu para esclarecer algumas dúvidas e ajudá-las, dando força e estimulando o diálogo. Às vezes, a dúvida de um é a dúvida de outro. Dessa forma, no grupo, podemos estar ajudando, encorajando e enriquecendo a todos.

Todas as companheiras estavam com muitas dúvidas a respeito da disfunção, da mudança de comportamento do companheiro e dos aspectos que envolvem a prótese. Comecei apresentando a prótese e todas tiveram oportunidade de pegar e sentir, com a mão, a textura e

a estrutura do material. Procedi com a explicação mostrando através de um desenho como seria cirurgicamente colocada no pênis. Da mesma forma que conduzi o grupo de mulheres do primeiro grupo, nesse também destaquei a importância de manter a saúde ginecológica do controle preventivo periódico anual da mulher, para evitar qualquer infecção ao recebê-la na prática sexual.

As primeiras perguntas apresentadas por elas foram: quanto tempo leva após cirurgia para fazer sexo? A ereção do pênis é permanente? Vai ficar indiscreto chamando atenção? Outras mulheres vão ficar olhando?

Ao respondê-las, destaquei que o tempo de liberação após cirurgia depende da cicatrização de cada pessoa e que o recomendado pelo médico é de seis semanas. Depende da situação clínica e do cuidado pós-operatório de cada cliente. O pênis permanece sempre rígido, mas colocado na posição natural do homem não fica indiscreto. As mulheres olham para a região pubiana de qualquer jeito independente do órgão estar ereto. Uma das recomendações é que no início, antes colocar na posição de hábito, em razão de não estar totalmente cicatrizado, usar roupas um pouco folgadas com a camisa solta por cima da calça. Se for à praia usar sunga escura, porque não é transparente e não chama a atenção.

Outras perguntas lançadas, pelo grupo feminino, diz respeito à prática sexual, traduzida pelas seguintes perguntas: ele vai querer sexo toda hora? Estou muito tempo sem sexo, vai sangrar em razão da ereção permanente? Estou preocupada com a hora da relação porque estou ressecada.

Expliquei que a utilização da prótese não deve estar dissociada de sentimento. A questão da pele, do que ela transmite com as carícias a excitação continua. É muito importante um relacionamento com carinho; isso é esperado até entre os animais irracionais.

O ser humano precisa de afetividade e não é porque tem uma ereção permanente que devemos reduzir a prática sexual a uma ação mecânica. Expliquei que, como o grupo

feminino apresenta-se na faixa etária dos quarenta anos, o ressecamento é consequência natural em razão da queda dos hormônios. Nessa fase que começamos com ressecamento é preciso de um acompanhamento do ginecologista que, após prescrição e uso da medicação apropriada, reduzirá o desconforto na atividade sexual.

Podemos visualizar a realidade conjugal do grupo pesquisado quando uma participante destaca: " - Eu estou sempre com carinho, mas ele é seco. Continuamos dormindo juntos, mas ele está revoltado, parece que o mundo caiu. Vai ser difícil ter um relacionamento com namoro. Quero tentar, mas como devo proceder?".

Nesta situação, vale destacar que o importante seria conversar com ele tentar entendê-lo em razão da sua baixa estima devido à disfunção.

A prática assistencial evidencia que, geralmente o homem tem dificuldade de aceitar a impotência sexual. Acredito que é a partir do diálogo, da conversa diária que as esposas podem ajudá-los.

Esta convivência é reforçada com outro depoimento destacando que o relacionamento deles em razão da DE estava difícil, mas depois que ele frequentou o grupo melhorou muito. "- Gostaria que a senhora continuasse conversando com ele."

Destaquei que os grupos no pós-operatório devem estar presentes nos dois últimos curativos ainda no hospital para aprender como fazer o curativo. Ressaltei que é muito importante comecem a ter contato com a prótese, aprendendo a cuidá-la.

Encerrei o encontro me colocando à disposição para qualquer esclarecimento de dúvida tanto antes, durante como após a cirurgia, lembrando que o diálogo entre o casal é mais eficiente e terapêutico do que qualquer remédio.

O terceiro encontro com o segundo GP, no dia 28/07, aconteceu na mesma sala anterior e com o GP bem entrosado, familiarizado e relação amigável. Teve início às dez horas encerrando-se às doze horas.



Com o retorno do grupo foi possível rediscutir a convivência frente à DE. Com base nos depoimentos no primeiro e segundo encontro, iniciamos por destacar os bloqueios de dois clientes em não identificar os dezesseis lugares geométicos apresentados, nenhum lugar em especial. Eles queriam saber se era normal essa postura de neutralidade em relação aos lugares. Expliquei que, por ser uma imagem de um lugar, a identificação ou não depende do nível de abstração e da correlação com as imagens. Afastei essa preocupação lembrando que o movimento mental de cada indivíduo ao ver a projeção é diferente.

Eles queriam saber também sobre o encontro com as mulheres, sobre o que elas tinham conversado, se a prótese foi mostrada e sobre como ficaria quando implantada cirurgicamente.

Outras dúvidas quanto à cirurgia, também foram partilhadas, tais como: depois da operação o pênis cresce? Ele diminui? Dialogamos que ele não cresce nem diminui o que acontece é que como a ereção não é mais espontânea e ele estará sempre rígido. Eles podem sentir essa diferença, porque a anatomia aproxima-se da forma natural, mas que era normal no estágio de excitação.

O cliente C. falou que quando estava morando com a companheira ela não quis que ele colocasse a prótese. *"Ela me cortou, por medo que eu a traísse. Hoje estou separado e sem a prótese"*.

O cliente C. continuou: *"é muito importante que as mulheres conheçam a prótese e saibam que não prejudica no relacionamento sexual e que não vai nos deixar volúvel"*.

A dúvida quanto aos que estão solteiros, (no grupo tinha dois), refere-se ao compartilhamento dessa informação com a namorada. Se teriam que avisar quando estivesse namorando que eles tinham prótese. Amadurecemos a idéia da não obrigatoriedade de avisar no primeiro encontro, mas que a decisão de informar dependia de cada um. Acredito que a abordagem, só quando tiver uma maior intimidade O sucesso da interação dependerá da forma como será abordado.

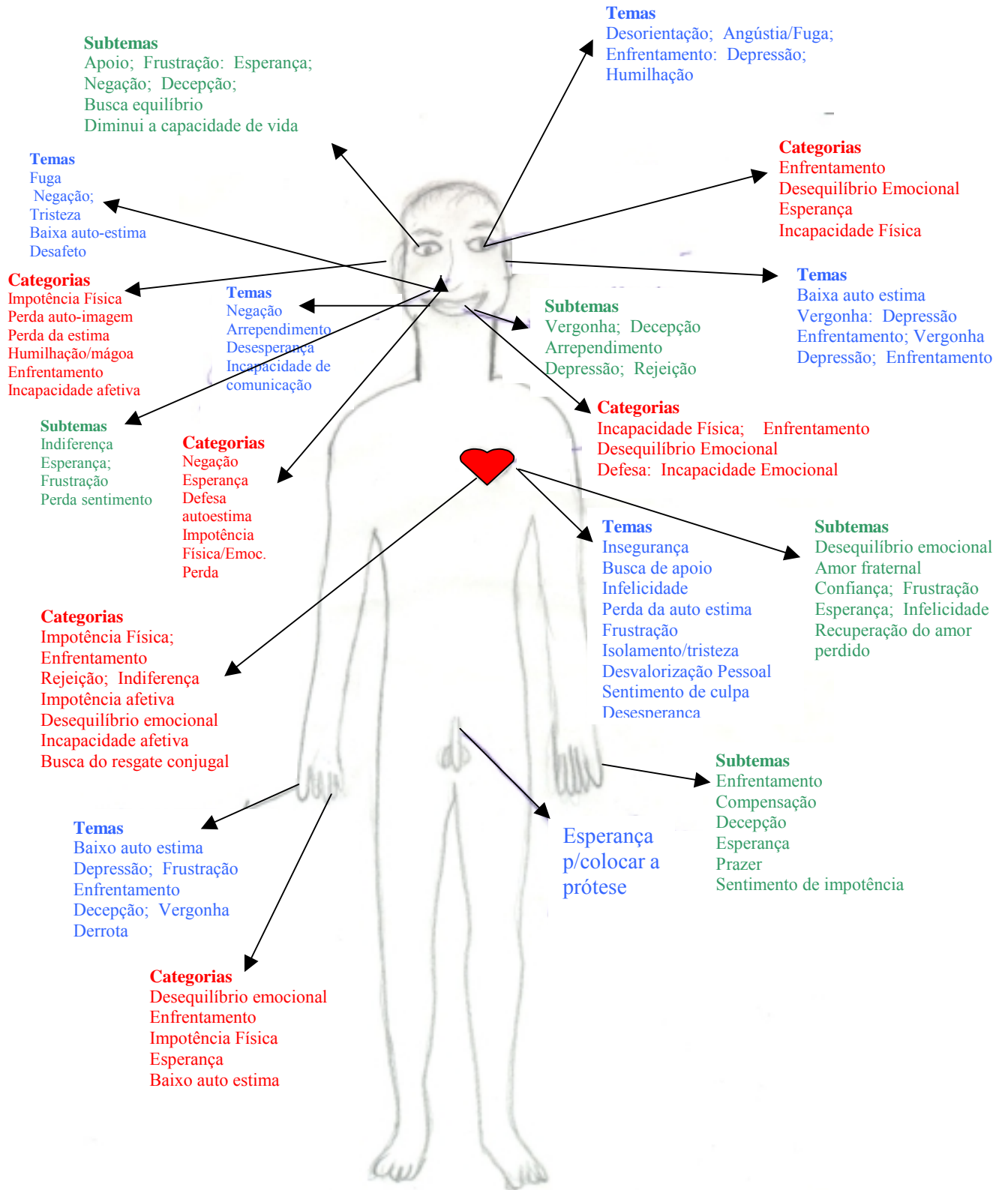
O cliente J. sinalizou para a importância de conversar com outras mulheres solteiras para saber como elas se sentem com uma pessoa portadora de prótese peniana. Expliquei que o foco dessa pesquisa refere-se ao homem com implantação de prótese peniana, e nela iremos considerar a importância de um debate sobre o assunto; que pode ser amplo e aberto a outras pessoas interessadas no assunto.

Terminamos com uma avaliação sobre as atividades do dia, nas quais alcançamos nossos objetivos, ampliando nossos posicionamentos sobre a convivência frente à DE. Todos se mostraram satisfeitos e agendamos outra reunião para o dia 05/08/04.

O quarto encontro ocorreu na data prevista de dez horas às doze e trinta minutos com a presença de todos. Debates e validamos nesse dia com o *check list*, montado com os dados desse grupo.

Para facilitar o entendimento do grupo expliquei que todas as falas apresentadas por eles foram colocadas no *check list* e a eles cabiam, nesse momento, concordar, discordar ou acrescentar novas informações aos dados. E assim foi feito. Todos validaram os dados produzidos nos diferentes sentidos corporais; porém, algumas considerações foram feitas frente à figura desenhada para o *check list*. No desenho, a representação do pênis estava em posição erétil e, portanto, normal, não correspondendo à forma ou posição que eles o viam. Para eles, o pênis deveria estar “caído”, pois é nessa angulação que está posicionado em todos eles. Após as discussões, fizemos a alteração no desenho ajustando a angulação para caído sendo aprovado por todos.

"CHECK LIST" - 2º GRUPO



Prosseguimos com a apresentação das poesias formuladas, como no primeiro grupo, relacionados aos sentimentos e pela leitura de cada uma em separado, dos dados produzidos. Após explicação de como foram formulados, todos eles gostaram muito, pois se enquadrava dentro de tudo que eles estavam vivenciando, pediram uma cópia para levar para as suas companheiras, o que foram prontamente atendidos.

A avaliação final das atividades desenvolvidas naquele dia apontou para o atingimento pleno dos objetivos traçados com o GP. Fizemos o agendamento para o próximo encontro no dia 13/08/04 às nove horas, para os dois grupos pesquisadores.

### **Sexto Momento da Pesquisa**

Esse encontro teve a participação de todo o grupo pesquisador, no dia marcado, de nove horas às doze horas, com participação de doze clientes do GP. Nós precisávamos fazer a avaliação da convivência com a prótese peniana e a convivência com as companheiras. Três clientes justificaram a ausência, sendo um do primeiro grupo e dois do segundo grupo.

A reunião teve início em clima de alegria por eles terem conseguido o grande sonho que era a implantação de prótese peniana.

Do grupo, somente três clientes ainda não tinham conseguido a cirurgia porque resultados dos exames bioquímicos e clínicos não estavam compatíveis para a cirurgia.

Nesta contra-análise, podemos observar, quando do relacionamento do corpo com a prótese peniana, a relação entre eles e os outros dando um sentido a vida ultrapassando a frustração da não ereção antes presente, também fazendo a correlação com a vida cotidiana.

Somente um cliente fez referência à prótese como “ele”, os demais não a separou do seu corpo.

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS**

#### **3.1. Criatividade e os Estudos da Sociopoética**

Neste capítulo, serão apresentados os temas e subtemas que compõem a construção imaginária dos clientes participantes do grupo pesquisador frente à convivência com a DE produzidas a partir das vivências sociopoéticas no primeiro, no segundo e no terceiro momentos de produção de dados. Serão analisados à luz do referencial teórico, que trata do mito da masculinidade (NOLASCO, 1995), do desejo e da necessidade no cuidado com o corpo (TEIXEIRA *et al.*, 2001), do cuidar de clientes com necessidades especiais, motora e social (FIGUEIREDO *et al.*, 2004), do cuidado criativo cuja tecnologia humana refere-se aos princípios da sociopoética (SANTOS e GAUTHIER, 1999) e referente aos sentidos sócio-comunicantes do corpo (ARAÚJO, 2000), com destaque na história natural dos sentidos (ACKERMAN, 1992).

Devemos fazer com que o cliente consiga transmitir o que está sentindo com palavras e através de suas expressões. Em geral, na comunicação interpessoal, o uso efetivo dos nossos sentidos sócio-comunicantes do corpo: a visão, a audição, o tato, o olfato, o paladar e o coração são os responsáveis em assegurar a percepção acurada na pesquisa.

O envolvimento, a empatia e o respeito mútuo numa interação para compreender o cliente em toda a sua dimensão e respeitá-lo como tal, fazendo urgente ouvir o silêncio, ou seja, as necessidades comunicadas. Valorizar as percepções sensoriais do cliente no pré-operatório permite o enfermeiro conhecer o sentido do seu corpo, o guardado de todos os seus sentidos.

Assim, esperamos melhor entender o que acontece no processo perioperatório de implantação de prótese peniana e reduzir as dificuldades dos clientes em verbalizarem os seus próprios sentimentos através da dinâmica.

Santos e Gauthier (1999), no estudo da sociopoética, define o momento viril, como aquele que, estudando cada lugar segundo a lógica dominante, os machos da espécie humana são acostumados a dividir, cortar, classificar em escolhas bem diferenciadas e exclusivas.

Apresentaremos, a seguir, como se processou a subtração de temas, subtemas e a imersão da pesquisadora para a análise das categorias.

### **3.1.1. Sentido Visão:**

#### **A percepção visual da auto-imagem frente às transformações do corpo na disfunção erétil**

Citando Ackerman (1992 p. 331): “existe muito mais na visão do que simplesmente enxergar. A imagem visual é uma espécie de detonadora das emoções”.

O primeiro grupo foi composto por seis clientes, sendo que um deles já havia passado pelo processo pré e pós-operatório. Dessa forma, esse co-pesquisador participou como agente facilitador do grupo junto à pesquisadora, uma vez que os outros ainda se encontravam na etapa de consultas ambulatoriais.

Dos seis clientes, apenas três voltaram os seus depoimentos, destacando a companheira como elemento importante em sua vida. Outros três mencionaram, em seus depoimentos, aspectos voltados para si próprios.

Os depoimentos em relação às mulheres foram apresentados pelos participantes em razão da disfunção física e pela impossibilidade de não conseguir satisfazê-la. A indiferença no olhar foi percebida, por eles, durante a convivência diária, por parte de duas das mulheres. O mal estar gerado nos homens pela situação é procedente da separação física e afetiva

produzida, em especial, na entrega amorosa e que internamente é essencial para preencher seu universo subjetivo.

Para Araújo (2000, p. 89),

o olhar condensa e projeta os estados e os movimentos da alma. Às vezes a expressão do olhar é tão poderosa e concentrada, que vale por um ato. No olhar, falamos sobre a leitura dos olhos, que a gente estabelece uma leitura com o olhar. Às vezes, a gente ganha as pessoas pelo olhar como também, às vezes, a gente as afasta, também com o olhar.

Diante da disfunção, a incapacidade física leva-os a pensar na qualidade do envolvimento masculino no que tange às relações afetivas.

Segundo Nolasco (1995 p. 111),

[..] diante dessa transformação corporal e da lucidez sobre como está, o que pode fazer o que pode sentir e em que se transformou que o assusta tanto. Neste momento passa a existir um homem, com um sentimento vulnerável, frágil com o qual têm dificuldade de lidar; com essa nova condição humana imposta pela limitação física e funcional.

Destacamos outro depoimento em relação à companheira, cuja postura de compreensão, por parte dela, favoreceu, assim, a não impossibilidade da troca de afeto, manutenção e da cumplicidade, que é de grande importância para a interação e o atendimento de suas necessidades e desejos. Para um homem, os vínculos afetivos não devem se romper e nem estar ameaçados, pois funcionam como laços mantendo suas famílias entrelaçadas.

Os participantes que falaram de si fizeram surgir o individualismo, acentuando algumas características já existentes em suas identidades como o sexo x afeto e casa x trabalho.

O mecanismo de fuga, presente no depoimento de um dos participantes, foi considerado um elemento importante nas discussões do grupo pesquisador. Encorajado pela pesquisadora teve franqueza e tranquilidade em assumir verbalmente no grupo as transformações e limitação do corpo, afirmando e destacando a necessidade de encarar a verdade.

O enfrentamento dos participantes, a partir da consciência e das transformações físicas e afetivas impostas pela DE, foi facilitado através da vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo. Através do sentido visão no momento do contato com a visão perceptiva do seu corpo, teve a realidade frente aos seus olhos, despojando-se do seu poder de dominação daquilo que agora está limitado e que, no passado, o fazia sentir-se homem.

Vale destacar que o vínculo estabelecido no grupo permitiu a franqueza nos depoimentos dos participantes e vivenciando a experiência de grupo em família. As estruturas do imaginário apresentadas por vezes mostraram-se opostas e contraditórias.

Os temas foram definidos com as palavras de: (in) diferença por dois sujeitos; enfrentamento por dois; fuga por um; e compreensão por outro, como podemos observar no Quadro 2.

**Quadro 2 - Apuração dos Dados - Sentido Visão**

Iniciais	Depoimentos / Temas	Estrutura Escondida	Subtemas	Categorias
	Ações	Lugar Geomítico	Reações	
D	“ao olhar minha esposa, eu senti a indiferença.” Tema - indiferença	Limiar – Traz sensação de meditação. Estrada – liberdade	Busca reequilíbrio	(In) compreensão (Des) cuidado (In) sensível Ameaça (?)
R	“a tentativa da companheira que tentava- e fazer se mostrar compreensiva na situação - Tema - compreensão	Galáxia – a busca do desconhecido. Estrada – nos conduz a muitos caminhos diferentes, lugares certos e errados (superação de limites).	Esforço / limite “ Foi o melhor que consegui.”	Compreensão Cuidadoso Sensível
C	“não olhava para ele.” Tema - fuga	Trilho – gosto de viajar Túnel – acha bonito, bom interessante (necessidade auto-realização).	“Ficava triste doía muito” Tristeza / depressão	Defesa / Negação
J	“Senti eu mesmo ao olhar no espelho que meu pênis não era o mesmo”. <b>Tema - enfrentamento</b>	Caminho – gosto de caminhar, passear, caminhar para um lugar certo. Rio – pode pescar, nadar, tomar banho. Trilho – me leva para	Não sabe se expressar melhor. Introspecção	Mudança / E n frentamento



Iniciais	Depoimentos / Temas	Estrutura Escondida	Subtemas	Categorias
	Ações	Lugar Geomítico	Reações	
		Paracambi. Estrada – para passear, conhecer lugares como Brasília.		
P	Ao olhar a minha esposa sentia (in) diferença. Tema-(in) diferença	Estrada – pela profissão de motorista gosto da estrada andei por lugares certos e errados, bonitos e perigosos.	Andei por lugares certos e errados, bonitos e perigosos Individualidade	(In)diferença pelo (des)conhecimento
A	Enfrentamento Senti a alteração no corpo, através da mão, do tato. Tema - enfrentamento	Rio – pescar. Limiar – porque é o horizonte e eu estou correndo atrás disso (meta). Túnel – estou na busca desta luz no final do túnel (meta) Arco-íris – representa o dilúvio.	Me marcou muito Busca	Mudança / Enfrentamento

Fizemos uma análise dos lugares geomíticos, por considerar que estariam mais bem explicados correlacionando com o sentido visão, como mostra o Quadro 2.

Ao analisar os temas presentes nos depoimentos e os subtemas encontrados nas falas do GP, em relação aos lugares geomíticos, destacamos algumas estruturas escondidas no imaginário individual.

Na figura do *limiar* encontramos: opção por “*meditação/no horizonte*” e A. justificou sua escolha destacando: “*estou correndo atrás disso*”.

Concluí, nesta análise que algumas características ou esforços, descritos pelo GP, acentuam necessidades e desejos de seu mundo subjetivo. Nas estruturas escondidas, através dos lugares geomíticos, deixaram transparecer o seu desejo pela paz, pela vontade de alcançar metas. É importante, para eles, a valorização das conquistas, da liberdade de ação, do espírito de aventura presentes como referência para a identificação masculina, estando reduzida a uma preocupação sexual.

Na figura da *estrada*, achamos: “*liberdade/que o conduz a muitos caminhos diferentes a lugares certos e errados/ para passear e conhecer lugares. Trajetória que implica percorrer a estrada através de lugares certos e errados, bonitos e perigosos*”.

O homem sente-se preso, limitado, sem aventuras, mas com uma visão de mundo que incorpora o bem e o mal, o certo e o errado. E, consciente dessa realidade, revela o desejo de um mundo que não se apresenta castrador e que encontre na família seu porto seguro.

Na figura da *galáxia*, deparamos com: “*a busca do desconhecido, pelo homem que tenta viver seus afetos no interior no íntimo das relações, como um apelo eminente sexual, na busca de novas vivências cada vez mais diferentes*”.

Na figura do *trilho*, encontramos: “*gosto de viajar / caminho que o leva para Paracambi*”.

O desejo desse sujeito surge pela possibilidade de entrega afetiva fora dos confins da família. Neste aprendizado, o trilho permite ao homem a arte de se deslocar, por intermédio dos próprios desejos, marcando o trilho do seu destino, que não será igual ao de nenhum outro.

Na figura do *túnel*, verificamos adjetivos como: “*bonito, bom, interessante e o sujeito destaca estar na busca desta luz no final do túnel*”.

É a busca de algo distante, como distante está o horizonte. Atravessar o túnel significa buscar o que perdeu. Significa o desejo de voltar a ter realização sexual através da implantação da prótese peniana.

Na figura do *caminho*, encontramos: “*o gosto de passear, caminhar para um lugar 100%, (cem por cento) certo, garantido*”. E esse caminho representa o desejo de resgatar uma liberdade de ação conferida socialmente aos homens.

No *rio* foram citados: “*para pescar, nadar, tomar banho*”. Ao escolher esse lugar, a necessidade do sujeito já entendida como polaridade entre passado e presente, cujo papel no

passado era desempenhado como “caçador” e que no segundo se impõe como a própria “caça” na direção da busca interior.

Na figura do *arco íris*, A. definiu sua escolha como o “*dilúvio*”. A necessidade de esperança e de uma transformação e expectativa em relação ao seu delicado e instável estado de saúde atual.

Analisando os depoimentos, conseguimos perceber, através dos temas, as idéias principais e dos subtemas as complementares, porém menos freqüente foi a estrutura do imaginário coletivo.

A análise dos temas e subtemas resulta na construção das categorias analíticas de cada sentido sócio-comunicante do corpo. Três pessoas destacaram a companheira como a pessoa importante nesse processo, haja vista a percepção de uma postura de (in) diferença. Essa postura, na visão do GP, gera sensações desagradáveis e/ou amplia o agravamento das necessidades diante das significativas alterações corporais já existentes.

As categorias analíticas foram definidas pelas palavras: (in)compreensiva / (des)cuidada / (in)sensível e se contrapõem às palavras apoio e compreensão presentes em outros depoimentos. Dessa forma, a postura adotada caracteriza a companheira como ser cuidadosa e sensível, existindo, portanto, posturas opostas, desencadeadoras ou intensificadoras de necessidades também antagônicas e dialéticas.

Outra categoria que surgiu foi à defesa, definidora do mecanismo de negação de si mesmo, da sua alteração corporal, principalmente quando se olha ou evita se olhar. Uma pessoa destaca a diferença do corpo como algo desinteressante e utiliza o mecanismo de defesa para negar que existe essa diferença. Para outra pessoa, a despeito da mudança, há o enfrentamento. Ela enfrenta as alterações físicas e afetivas se olhando e se tocando. Constata e reafirma essa diferença.

Apesar da alteração, da mudança funcional e pela falta da acuidade visual, outra pessoa destaca que sua percepção deu-se efetivamente através do sentido tátil, ao tocar a parte do corpo comprometido. Apareceu também a (in) diferença relacionada ao futuro desconhecido e ao fato do outro sujeito não compartilhar a verdade com a companheira, pelo medo atribuído à falta de confiança em dividir o problema e pela sensação de ameaça.

A análise dos depoimentos permitiu a identificação dos temas e subtemas referentes ao sentido visão.

Partindo da análise dos dados, **os temas** foram definidos pelas palavras de: angústia; isolamento; depressão; enfrentamento; humilhação; desorientação; transtorno; choque; desmonoramento. Os **sub-temas** foram retirados analisando outras falas do sentido visão e estão definidos pelas palavras de: decepção; por três pessoas do GP, sentimento de negação; busca de equilíbrio; apoio; frustração; esperança. As **categorias analíticas** emergem da análise dos **temas e sub-temas**, e foram definidas pelas palavras de: enfrentamento por três pessoas do GP; desequilíbrio emocional afetivo; busca e esperança; incapacidade física; incapacidade de lidar com as perdas; frustração; perda da capacidade masculina; e incapacidade de potência física.

O GP validou esses dados acrescentando ao sub-tema, o sentimento de “*diminuição da capacidade da vida*”. O cliente W. falou que realmente o homem fica sem solução, a vida passa, acaba. O cliente H. falou que hoje em dia muitos homens, com DE, não têm onde recorrer, a quem buscar. Fica deprimido e pensa até na morte. Mas quando há uma solução e olhamos para o final do túnel e vemos uma luz, sabemos que há esperança. Aí começamos então a busca para recuperar a auto estima, a moral, e passamos a querer viver, a romper barreiras. Quando passamos a pensar assim positivamente, mesmo que alguém fale o contrário não deixamos de pensar que vamos conseguir, graças à luz que ele vê no final do túnel.

O olhar reflexivo por parte dos clientes ajudou na afirmação para a construção do caminhar e do crescimento humano dos clientes no enfrentamento junto à DE, que através dessa observação puderam captar atos, atitudes, gestos, e até mesmo ações antes não observados, como o pensamento em querer morrer por um dos clientes, a perda de arrogância por outro cliente, e quando ao olhar do outro cliente viu que tudo acabou “*meu teto caiu*”. Tudo isso observado na nossa discussão e análise final.

O segundo GP, formado por nove clientes, foi mais diversificado, e essas diferenças fizeram com que a ajuda entre o grupo fosse maior.

A companheira foi citada por dois clientes pela dificuldade de ter que falar de sua disfunção; e por outro cliente pedindo para que a companheira não participasse da reunião das mulheres, alegando não querer que ela tomasse conhecimento do seu tratamento.

O grupo, em geral, citou a diminuição da capacidade de vida como sendo um comprometimento da qualidade de vida do casal em razão da DE.

Os participantes falaram de si sempre voltados para a condição de que ao olhar não aceitava o que via pensando em morrer.

O segundo grupo teve como temas, no sentido visão, depoimentos individuais voltados para a desorientação, transtorno, choque, desmoronamento, angústia, enfrentamento, humilhação.

Dois clientes voltaram os seus depoimentos para a depressão como podemos observar no Quadro 3 do segundo grupo. A análise dos lugares geométricos continuou com o mesmo procedimento usado no primeiro grupo, fazendo uma correlação com o sentido visão, como mostra, o Quadro 3 do segundo GP.

Quadro 3 - Apuração dos Dados - Sentido Visão

Iniciais	Depoimentos / Temas	Estrutura Escondida	Subtemas	Categorias
	Ações	Lugar Geomítico	Reações	
JOV	Ao ver alterações queria tomar veneno de reato, me senti muito mal o serviço social era quem falava comigo agora eu tenho a senhora no meu caminho. <b>Tema:</b> desorientação	- Rio – fui criado no interior, o rio lembra quando criança tomava banho. Terra – gosto da terra, gosto de fazer plantação.	Apoio	Enfrentamento
JUL	Quando olhei e vi minha impotência fiquei transtornado <b>Tema:</b> transtorno	-Galáxia – quando estamos com dificuldade na vida procuramos mais imaginação, outras coisas além da capacidade da gente, procurar pensar em outras coisas e não nos meus problemas, isso para mim é galáxia interplanetária. -Túnel – um lugar onde buscamos sempre uma luz, tem sempre uma esperança. -Poço – me sinto no fundo, desacreditado, não acreditando no que pode acontecer. -Labirinto – é um caminho que precisa ter jogo de cintura para chegar no final, que reflete na vida das pessoas durante a nossa vida junto com nossos problemas nossas dificuldades, felicidades tristeza e isso torna um labirinto na vida da gente aí temos que caminhar.	Frustração	Desequilíbrio emocional
IV	Quando eu vi os caroços no meu pênis, e ele atrofiando e perdendo a potência isso me marcou muito. <b>Tema:</b> Choque	-Túnel – vejo que há alguma coisa do outro lado do caminho – quero chegar a algum lugar; estou chegando aonde quero. - Ponte – fico querendo atravessar mais não vejo nada do outro lado estou desesperado	E ele atrofiando me marcou muito Frustração	Busca / Esperança
LC	A alteração foi terrível A ereção significava tudo. Eu era muito metido, arrogante; meu teto	-Galáxia – os meus associei a essa imagem -Labirinto – a busca incessante do meu problema -Túnel – a luz no final do ---	Esperança	Mudança

Iniciais	Depoimentos / Temas	Estrutura Escondida	Subtemas	Categorias
	Ações	Lugar Geomítico	Reações	
	caiu quando tive que admitir perante a companheira. Tema: desmoroamento	Túnel quando estou esperando -Estrada – trazendo a felicidade com uma viagem que eu vou fazer com a companheira após a cirurgia, vou curtir muito.		
H	Quando vi meu corpo fiquei oprimido, acuado no canto. Tema: Angústia	-Estrada - novo caminho desconhecido onde você vai passar a conhecer através da pisadura -Ponte – é a ligação de um ponto a outro, para chegar a algum lugar com barreiras para tenta atravessar. -Falha – vejo como uma barreira e não sabendo atravessar -Túnel – quando é longo pensamos estar perdido, quando começamos a caminhar vemos uma luz e que tem uma saída.	Decepção	Enfrentamento
RC	Quando vi meu corpo assim fiquei muito mal e falei com a companheira do problema Tema: enfrentamento	-Não escolheu nenhum lugar geomítico.	Decepção	Incapacidade
J.P	Quando eu vi que não tinha ereção acabou tudo para mim, veio a depressão – meu teto caiu. Tema: depressão	Não escolheu nenhum lugar geomítico	Sentimento de negação	Incapacidade de lidar com as perdas
W	Acabou a vida fiquei desgostoso deprimido, acabou a capacidade de homem me senti discriminado, quando vi meu corpo com a disfunção. Tema Humilhação	-Trilho – imagino uma estrada de locomotiva de longa distância -Arco-íris – sinal do tempo de Noé, quando destruí a terra em água, depois se tornou normal como um sinal de Deus -Túnel – uma passagem, uma saída com sinal de luz. -Ponte -representa uma passagem por cima d’ água -Falha – faz lembrar uma passagem da Bíblia, quando	Acabou a capacidade de homem  Decepção	Frustração Perda da capacidade masculina

Iniciais	Depoimentos / Temas	Estrutura Escondida	Subtemas	Categorias
	Ações	Lugar Geomítico	Reações	
		Moises falava com Deus respondeu que ninguém poderia vê-lo, mas ele ia deixar através da sombra da falha e pelas costas. -Terra – significando o planeta onde vivo.		
CC	Tema – Depressão senti-me muito mal, senti tristeza, perdi a noção, fiquei sem reação deprimido.	-Caminho – o lugar mais certo para chegar a cirurgia.	Busca equilíbrio	Incapacidade Potencia física

Destacamos algumas estruturas escondidas no imaginário individual, ao analisar os temas presentes nos depoimentos e os subtemas encontrados nas falas do GP.

Na figura terra, foi citado por dois clientes como *"um novo planeta onde vive e o gosto pela plantação como uma firmação no trabalho"*.

Na figura da galáxia, mencionada por dois clientes, encontra *"a esperança de um mundo novo com a implantação da prótese peniana; conseguindo coisas além da capacidade"*.

Na figura túnel, referida por cinco clientes, temos aí *"uma busca incessante pela luz no final do túnel"*; é o esconder o corpo, mas tendo uma entrada e saída.

Na figura do poço, vista por um cliente, temos *"uma busca de não acreditar do que via, sentindo no fundo e na escuridão do poço"*.

Na figura labirinto, citada por dois clientes, que definiram sua escolha como *"um caminho precisando de um jogo de cintura para chegar ao final; que reflete na vida das pessoas junto com nossos problemas, nossas dificuldades, felicidade, tristeza tornando-se um labirinto na vida da gente; como uma busca constante do problema"*.



Na figura ponte, três clientes encontram-se *"querendo atravessar, mas não vejo nada do outro lado estou desesperado; como uma ligação de um ponto a outro para chegar a algum lugar; representa uma passagem por cima d'água"*.

A figura da falha, mencionada por dois clientes, foi vista como *"uma barreira e não sabendo atravessar; como uma passagem da bíblia..."*.

Na figura estrada, referida por dois clientes, encontram-se *"trazendo a felicidade; como um novo caminho desconhecido onde você passa a conhecer através da pisadura"*.

Na figura caminho, também citada por dois clientes, encontraram *"quero chegar a algum lugar; estou chegando aonde quero; o lugar mais certo para chegar à cirurgia"*.

O homem sente-se inseguro com o que está por vir depois da cirurgia, mas consciente do querer estar de volta com seus desejos sendo correspondido por seu corpo, colocar o seu corpo na estrada representando a viagem para enfrentar o *"novo corpo"*, precisando chegar a algum lugar.

Na figura arco-íris, também citada por um cliente, como um sinal do tempo de Noé, quando destruiu a terra em água, depois se tornou normal como um sinal de Deus.

Conclui, nesta análise, que algumas indicações descritas pelo segundo GP acentuaram também o desejo e a necessidade do mundo subjetivo do homem que se vê fragmentado e tendo uma possibilidade de reaver sua auto estima com a cirurgia de implante de prótese peniana.

Nas estruturas escondidas através dos lugares geométicos, observei a busca pelo novo corpo com a implantação da prótese peniana. É muito importante para eles essa conquista. Ter um desejo e não completá-lo, gera um desafio ampliando assim as dificuldades do casal.

As categorias analíticas foram definidas pelas palavras: (in) capacidade física/ (in) capacidade de lidar com as perdas / (in) capacidade de potência física, (des) equilíbrio emocional.

A posição adotada era diferenciada por ser sensível existindo o emocional em todas as posturas onde a necessidade era mútua a todos.

Uma outra categoria analítica foi a de enfrentamento, quando ao ver o corpo sem a ereção, nada pôde fazer a não ser pensar em morrer, não aceitando o que via, tendo que enfrentar. Para outro cliente, a frustração como uma forma de discriminação, acabando com a sua virilidade.

Outra categoria analítica adotada por um cliente foi a mudança, quando a disfunção o deixou mais humilde, perdendo o seu valor como homem viril, conquistador.

A análise dos depoimentos permitiu reações como decepção por três clientes; sentimento de negação por um cliente; busca de equilíbrio por um cliente; apoio por um cliente e frustração, por dois clientes e esperança por um cliente.

### 3.1.2. Sentido Audição:

#### A percepção auditiva coercitiva sobre à auto-imagem

O Quadro 4 mostra alguns depoimentos importantes do grupo pesquisador.

Algumas experiências destacam o efeito coercitivo da audição quando as palavras evocam imagens que se referem a percepção da auto-imagem. Outros efeitos sonoros referem-se às palavras que evocam componentes das emoções.

**Quadro 4 - Apuração dos Dados - Sentido Audição**

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos Ações		Necessidade Reações	
D	Foi não me toque mais – Não me toque. Fiquei arrasado Tema - rejeição	0	Me deixou pra baixo porque eu não tinha mais penetração. Subtema - Tristeza	Rejeição
R	Ouvi de um colega que não precisava fazer a operação porque teria outros meios de satisfazer a mulher, como por exemplo: com os dedos. Tema - frustração	09	Não dá pra perceber quase nada. Subtema - decepção	Frustração

Iniciais	Temas		Subtemas		Categorias
	Depoimentos	Ações	Escala	Necessidade Reações	
C	Foi a patroa falar: você está doente não precisa ficar triste. Um dia vai ficar bom e tudo vai ficar bem. Tema - apoio		10	Graças a Deus, o que minha esposa fala eu escuto bem.  Subtema - força	Apoio
J	Foi minha companheira me chamar para ter relação, e eu não poder satisfazer a vontade dela e a minha. Tema – incapacidade física		02	Porque eu abraço minha esposa e não sinto.  Subtema - frustração	(In) capacidade
P	Foi quando voltei a psicóloga e ela falou que voltaria a ser um garoto de 20 anos. Tema-esperança		10	Quando ouvi da psicóloga que voltarei a ser um garoto de 20 anos atrás. Subtema - apoio	Esperança
A	Foi quando a esposa falou para dar um jeito de fazer a cirurgia. Ela queria batalhar para pagar a cirurgia. Tema-apoio		10	Porque ela me aceitou do jeito que sou não me recriminou em nenhum momento. Subtema - força	Apoio
JV	Eu ouvi de mim mesmo que não sirvo mais para nada. Queria morrer. Tema: Baixa auto estima		01	Não tenho nada para ouvir.  Subtema: Perda da auto imagem Perda da identidade	(In) potencia
JL	Foi difícil, quando ouvi dos amigos que eu era jovem estéril e impotente. Tema: Baixa auto estima		0 (zero)	Não gostei do que ouvi, fiquei deprimido.  Subtema: Decepção	Perda da auto imagem
H	Quando ouvi dos colegas que eu era tão novo bonito e brocha; como vai ficar agora a sua mulher também jovem e bonita. Tema: Depreciação		01	Me senti perdido sem reação com o que ouvi.  Subtema: (in) capacidade afetiva	Perda da auto estima
RC	O que mais me impressionou foi quando um colega falou para mim que nosso amigo era diabético e todo diabético é brocha, então achava que ele estava falando de mim. Fiquei calado e envergonhado. Senti na pele. Tema: Enfrentamento		0 (zero)	Porque me senti mal com o que ouvi do meu colega. Subtema: Frustração	( In) trospecção da auto imagem

Iniciais	Temas		Escala	Subtemas	
	Depoimentos	Ações		Necessidade	Reações
CC	Foi quando a companheira pediu-me para procurar um médico. Tema: Apoio		02	O que ouvi e continuo ouvindo não me interessa mais estou no vegetativo. Subtema: (in) diferença	(In) sensível insensibilidade
JP	O que mais me impressionou foi quando meu filho, sem saber me chamou de brocha falou sem saber de nada me magoou até hoje, quando ele fala brincando fico magoado. Tema Magoa		0 (zero)	O que ouvi acabou o dia à noite, tudo para mim. Subtema: Depressão	Humilhação/ Magoa
W	Ouvi de mim mesmo que estava difícil. Tema: Enfrentamento		0	Por não ter ninguém para me ouvir. Subtema: Sentimento de solidão	(In) capacidade física/ afetiva
IV	Lamentação por parte da companheira, isso marcou muito, me senti impotente deprimido. Tema: Rejeição		01	O que ouvi da minha companheira não gostei. Subtema: Decepção	Sentimento de impotência
LC	Foi quando ouvi pela primeira vez das pessoas da associação do diabetes com a impotência sexual é uma complicação do diabetes, senti vergonha, porque eu sou diabético. Tema: Depressão		04	Porque apesar de ouvir coisas ruim de outras pessoas minha companheira me ajudou e ouvi seu apoio. Subtema: Força / Apoio	Enfrentamento

Podemos dizer que, na paralinguagem (sons do aparelho fonador que não se traduz em palavras), a utilização do sentido audição é tão importante quanto o sentido visão. Alguns clientes são atraídos por sensações auditivas, que traduzem sentimento de tristeza, angústia, dor e/ou outros sentimentos. A audição, acredito ter auxiliado determinantemente nas experiências apresentadas.

Parafraçando Ackerman (1992 p. 215): “o som engrossa o caldo sensorial de nossas vidas e dependemos dele como auxílio para interpretar, comunicar e expressar o mundo em torno de nós”.

No sentido audição tem como destaque importante de um dos participantes a não aceitação da companheira ao toque no corpo. Outra pessoa relembra que ao ouvir da companheira um chamado para uma relação, deparou-se com a (in) capacidade de não poder participar deste ato de amor.

Para outro sujeito, a frustração apareceu pela não compreensão dos amigos. Os amigos, em seus diálogos, não têm fracasso em relação ao sexo, só têm narrativa de sucesso, colocando, muitas das vezes, o outro em conflito por não estar com a mesma condição.

Contrapondo-se a essa categoria, e mencionado por outro participante, temos também a citação do apoio da companheira aceitando-o sem recriminação e o da psicóloga dando força para sua recuperação.

Analisando as transcrições, percebe-se que as categorias apontam um cliente sentindo-se rejeitado, um cliente frustrado, dois sentindo-se apoiados, um sentindo-se (in) capaz, e outro se sentindo esperançoso.

Esta análise é reforçada pelos resultados encontrados. Em relação à escala, a nota foi dada de acordo com a valorização desvalorização sentida por cada um através do sentido audição.

No **sentido audição**, voltamos a recapitular a frase norteadora e os depoimentos para facilitar o entendimento das análises. Expliquei a importância da capacidade de escutar a si mesmo e ao próximo. Os temas emergem a partir da análise das falas e estão representadas pelas palavras de: baixa auto estima por duas pessoas do GP; depreciação; vergonha/introspecção; conscientização/apoio; mágoa; enfrentamento; rejeição; depressão; os subtemas, após análise dos temas e das falas estão definidos pelas palavras: de perda da auto imagem/perda da identidade; decepção por duas pessoas do GP; (in) capacidade afetiva; frustração; (in)diferença; depressão/ aniquilamento; sentimento de solidão e força/ apoio; as categorias analíticas, a partir da análise dos tema, subtemas estão representadas pelas palavras: de

(in)potência física; perda da auto imagem; perda da auto estima; (in)trospecção da auto imagem; (in)sensibilidade; humilhação/; (in) capacidade física/afetiva; sentimento de impotência; enfrentamento.

Segundo Leloup (2000), devemos ter a capacidade de escutar, de escutar a palavra, mas escutar também o silêncio de onde a palavra se origina e para onde ela volta. Este silêncio, algumas vezes, envolve a pessoa, mas não apenas em sua cabeça, mas em todo seu corpo.

No sentido audição, destacamos no tema como de grande importância a fala dos amigos que admitem a noção de diferenciação do modelo de macho, ao tomar conhecimento da DE deles, gerando a baixa auto estima por dois clientes, e a depreciação por outro cliente.

Outro entrevistado tem como tema o apoio por parte da companheira aconselhando-o a procurar o médico. No tema o Enfrentamento por dois clientes pela dificuldade de reconhecer e aceitar a ouvir sua condição de DE. Temos como tema a mágoa por parte de um cliente ao ouvir seu filho lhe chamar de “brocha”. A rejeição como tema por parte de um cliente, ao ouvir a lamentação por parte da companheira. A depressão /vergonha como tema por um cliente ao ouvir que os diabéticos têm como complicação a impotência sexual.

Analisando as transcrições, compreendemos que as categorias analíticas apontam um cliente com (in) potencia física; outro cliente com perda da auto imagem; um cliente com perda da auto estima; um cliente com (in)trospecção da auto imagem; um cliente (in) sensível; um cliente com humilhação /mágoa; um cliente com (in) capacidade física / afetiva; sentimento de impotência; enfrentamento por parte de um cliente. Na escala, a nota foi baseando-se na escala de mensuração por seleção racional onde possui a escala de razão que possuem um zero racional e significativo. A nota foi dada de acordo com a valorização, a desvalorização sentida por cada um através do sentido audição.

### 3.1.3. Sentido Paladar, sentido social:

#### A percepção fragmentada na relação conjugal

O Quadro 5 mostra predominantemente, nos temas, reações dos participantes frente à interação com as companheiras. As análises da escala de avaliação dos sentidos frente aos subtemas presentes nos depoimentos destacam a predominância de necessidades frente às modificações físicas e emocionais impostas pela DE.

**Quadro 5- Apuração dos Dados - Sentido Paladar**

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
D	Abrir mão da esposa. Foi quando cheguei ao ponto de não conseguir nada, absolutamente nada, caí na real e liberei minha esposa. Tema arrependimento	02	Falei para ela se liberar depois me arrependi. Subtema - arrependimento	(in)capacidade
R	Foi quando falei; desculpa-me. Tema-compreensão	09	Pela desculpa e decepção. Subtema - decepção	Defesa
C	Falei que ia sumir depois me arrependi. Tema-enfrentamento	09	Minha esposa fala coisas bonitas Subtema - apoio.	Enfrentamento
J	Chamar e dizer que não podia ter relação. Tema frustração	07	Não consigo ter relação. Subtema - decepção	Frustração
P	Não era o mesmo de 20 anos atrás. Tema- enfrentamento	10	... ainda sinto o cheiro dela. Subtema - frustração	Enfrentamento
A	Se queria mesmo que eu fizesse a cirurgia. Tema- enfrentamento	10	Ela me aceitou do jeito que eu sou Subtema - aceitação	Apoio / Força Aceitação
H	Me causou angústia quando não soube falar para a companheira o que estava acontecendo. Só quem está com essa situação sabe o que se passa na mente. Tema: Angústia	01	Pela angústia de não saber falar. Subtema- (in)capacidade de comunicação.	(in) capacidade física.
RC	Por ter falado para meus amigos da minha impotência sexual. Tema: Arrependimento	0 (zero)	Pela vergonha da impotência sexual. Subtema Vergonha	Enfrentamento.

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
JP	Minha angústia é não ter falado para ninguém; só para o meu travesseiro, é com quem eu converso. A companheira sabe, mas não liga, acha natural. Tema: (in) capacidade de comunicação	0 (zero)	Por que a companheira acha que devo continuar como estou e pergunta o porque do medo de ficar assim.	(in) capacidade física e afetiva.
W	Falei para mim mesmo que tinha acabado a vida, fui procurar um médico. Tema: Desesperança	01	Pela expressão que usei comigo mesmo. Sub tema-Arrependimento	Enfrentamento.
IV	Falei que ela poderia ir embora, depois me arrependi e voltei atrás. Tema: desistência	01	Por ter falado besteira, depois me arrependi. Sub tema-Arrependimento	(in)capacidade emocional
LC	Em uma conversa com a companheira, ela falou que Deus ia me ajudar, eu xinguei Deus, estou de mal com ele até hoje. Tema: Revolta	02	Por ter xingado Deus Sub-tema - Arrependimento	Defesa
CC	Foi quando tive que contar para as companheiras o que estava acontecendo. Tema - enfrentamento	01	Me senti deprimido; envergonhado; Sub tema- Depressão / vergonha	Enfrentamento.
JV	Quando falei para a companheira que só poderia satisfazê-la com o dedo. Tema - enfrentamento-	0 (zero)	Fiquei muito triste. Sub-tema: Decepção	(in)capacidade física.
JL	Falei para mim mesmo, que para conviver com alguém teria que ser normal. Sinto-me um zero a esquerda, tenho que falar para as mulheres que não posso fazer sexo. Tema-enfrentamento	0 (zero)	Sinto-me rejeitado. Sub-tema Rejeição.	(in)capacidade afetiva.

Corroborando com Ackerman (1992, p. 163), “o paladar é o sentido íntimo; não podemos sentir o gosto à distância. E o gosto que sentimos das coisas, assim como a composição exata de nossa saliva pode ser tão individual quanto nossas impressões digitais”.



No sentido paladar, tivemos nas falas o arrependimento de liberar a companheira para outro. O papel masculino imposto pela sociedade está construído a partir de uma imagem de macho e viril que, muitas vezes, prejudica a (re) construção desse papel diante da impotência gerada pela disfunção, resultando na tomada de decisões impensadas e precipitadas na vida conjugal. O homem tem dificuldade para compreender e lidar com a disfunção e essa situação, o faz com que se sinta desiludido.

Frente ao pedido de desculpas, de um dos participantes, temos um exemplo de como o homem busca compreensão sobre o seu momento vivido. Se ele reconhece sua disfunção se aceita e é capaz também de aceitá-lo, apesar do conflito interno e constante frente ao papel masculino.

De acordo com Araújo (2000), o sentido do paladar é a porta natural e específica do corpo, através do qual cumprimentamos e experimentamos o mundo.

Outros depoimentos, como a vontade de sumir, ter que dizer que não podia ter relação, não ser o mesmo de vinte anos atrás e se queria que ele fizesse a cirurgia são exemplos vividos pelos participantes que ilustram como o temor em fracassar diante de sua companheira faz com que o medo de perdê-la para um outro homem o deixe fragilizado.

Como categorias analíticas encontramos:

O depoimento reflete a (in) capacidade, decepção, aceitação, defesa, enfrentamento, apoio, frustração por não ter condições de ficar com a companheira. Ele a “dispensa” e a disponibiliza para outras relações e depois se arrepende, mas ainda sente-se incapaz de tê-la por causa da DE. A decepção e defesa referem-se ao pedido de desculpa por não conseguir satisfazê-la.

O enfrentamento surge ao mesmo tempo em que tem o apoio da companheira e logo após querer sumir. A frustração se manifesta quando ele não consegue ter relações com a

companheira gerando enfrentamento da realidade que implica entender que não tem mais os vinte anos de idade. Apoio e força também por ela aceitá-lo do jeito que era.

A síntese dos temas, dos subtemas e das categorias analíticas sentidos visão, audição e paladar permitem com os grupos pesquisadores a composição da poesia crítica intitulada: Lucidez e está descrita no sub-capítulo a seguir (4.2).

**No sentido paladar**, procedendo da mesma forma como nos sentidos anteriores, expliquei o simbolismo do paladar, como o desejo alimentar sempre presente na nossa vida. Esse mesmo desejo o faz salivar, sentir prazer, culpa ao mesmo tempo em que esse desejo o faz ser feliz de uma forma que só ele sabe dizer. As primeiras sensações de prazer também se iniciaram pela fase oral, quando na primeira infância pronunciamos as primeiras palavras e levamos alguns objetos à boca.

Os temas foram formados a partir da análise das falas do grupo e estão representadas pelas palavras: negação; arrependimento; (in)capacidade de comunicação; frustração; desesperança; desistência; revolta; enfrentamento por duas pessoas do GP; os subtemas retirados da análise dos temas e da análise de outros depoimentos e estão representados palavras: depressão; (in)capacidade de comunicação; vergonha; arrependimento por três pessoas decepção por outras duas pessoas. Na validação do subtema foi acrescentado pelos GP, o sentimento de *incapacidade física*. As categorias analíticas foram formadas a partir da análise dos temas e subtemas e da análise de outras falas e estão representadas pelas palavras de (in)capacidade física por duas pessoas dos GP; enfrentamento por outros três; incapacidade afetiva por outros dois; (in)capacidade emocional; e defesa.

W. do GP, no coletivo, falou da importância da fala nessa hora e da esperança para que eles alcancem o esclarecimento de dúvidas e apoio com a disfunção.

A comunicação para a enfermagem deve ser considerada como um instrumento básico muito importante, permitindo à enfermeira atender as necessidades do cliente em todas suas

dimensões levando em consideração a sua cultura e o ambiente, sendo seu conhecimento fundamental para identificar os problemas por ele sentido.

No sentido paladar, tivemos como temas angústia por parte de um cliente quando não soube falar com a companheira o que estava acontecendo; o arrependimento de um cliente por ter falado com amigos da sua impotência sexual; (in) capacidade de comunicação por não ter falado com ninguém só para o seu travesseiro sobre a sua disfunção.

Tivemos a desistência, por um cliente, quando disse para companheira que ela poderia ir embora; a revolta quando ao conversar com a companheira, ela falou que Deus ia ajudá-lo; o enfrentamento, por parte de três clientes, por não satisfazer a companheira, e o outro por se sentir um zero à esquerda quando tem que falar que não pode fazer sexo e por ter que contar a sua impossibilidade.

Como categoria analítica, temos: (in) capacidade física por dois clientes; enfrentamento por três cliente; (in) capacidade física e afetiva por um cliente; (in) capacidade emocional por um cliente; defesa por um cliente; (in) capacidade afetiva por um cliente.

O segundo grupo, após análise também concordou com a poesia, justificando que estava dentro das falas ditas por eles.

#### **3.1.4. Sentido Olfato:**

##### **A memória olfativa como elo da satisfação**

Durante as dinâmicas, ficou evidenciado que o olfato esteve presente em situações geradoras de grande conforto. O cheiro me chamou a atenção por estar presente em todos os depoimentos. Cada um com o cheiro em particular de sua companheira.

A análise dos depoimentos permitiu a identificação dos temas e a escala da avaliação dos sentidos, a análise dos subtemas. A análise dos temas e subtemas resultam na identificação das categorias conforme demonstrado no Quadro 6.

**Quadro 6 - Apuração dos Dados - Sentido Olfato**

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
D	O cheiro da minha mulher ainda permanece. Tema frustração	05	Não consigo definir totalmente o cheiro. Subtema - sentimento negativo	Frustração
R	O cheiro da satisfação de felicidade dela. Tema - frustração	08	Falta do cheiro de satisfação da companheira. Subtema - decepção	Frustração
C	O cheiro da minha mulher são 44 anos sentindo esse cheiro, é muito bom. Tema- prazer	10	Sinto o cheiro dela em tudo na casa. Subtema - satisfação.	Prazer.
J	Perdi o cheiro da minha mulher. Tema - decepção	06	Sente o cheiro bom da casa. Subtema - satisfação	Prazer
P	Cheiro de ter ela ao meu lado. Tema - satisfação	10	Sinto o cheiro dela quando chego em casa. Subtema – emoção	Apoio
A	Perfume da minha mulher. Tema- prazer	10	Ainda sinto o cheiro dela. Subtema - satisfação	Força
JV	Nenhum cheiro me marca; não sinto cheiro. Meu corpo tem cheiro normal, cheiro de velho. Tema: Bloqueio	0	Não sinto nada, nenhum cheiro. Subtema: Indiferença	Defesa da auto estima
JL	Perdi o cheiro feminino, pensei até em me isolar. O cheiro do meu corpo não sinto mais, estou bloqueado. Tema: Fuga	03	Tenho esperança de voltar a sentir o cheiro. Subtema: Esperança	( In) capacidade afetiva
LC	Não tenho cheiro marcante. Sem ereção somos defuntos; com a falta de prática sem contato íntimo não sinto cheiro. O meu corpo tem cheiro de limpeza. Tema: Baixa auto estima	03	Você chega nessa situação, que sente o cheiro que quer e quando você não consegue lidar com o sentimento é muito triste. Subtema: Frustração	Impotência Física/ Afetiva
CC	Perdi todo o cheiro, não sinto nada. Tema: Negação	0	Pela ausência do cheiro. Subtema: (In) capacidade de reação	Perda / desinteresse
H	O cheiro marcante é o amoníaco de prazer de essência gostosa. O que perdi com a falta de ereção	0	Pele ausência do Cheiro. Subtema: (In) capacidade	Perda /desinteresse

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
	foi esse cheiro. Agora é cheiro de podre nada te faz bem, tudo te incomoda sinto falta do cheiro e cada vez menos a busca do cuidar; porque não sabemos de um tratamento, a gente fica com cheiro de podre. Tema: Baixa auto-estima			
RC	O cheiro marcante é o da minha filha. Perdi o cheiro feminino. O meu corpo tem cheiro normal. Tema: Negação	04	Não perdi a esperança de sentir o cheiro da companheira. Subtema: Esperança	Sentimento de negação
JP	Não sinto cheiro de nada. O meu corpo tem cheiro de limpeza. Tema: Negação	0	Não sinto o cheiro Subtema: (in) diferença	(In) sensibilidade
W	Cheiro marcante é o cheiro de defunto por não sentir o cheiro de mulher, o cheiro feminino. O meu corpo está sem cheiro. Tema: Tristeza	0	Por não sentir nada não poder contemplar o cheiro de mulher. Subtema: Frustração	(In) capacidade
IV	Ainda sinto o cheiro das partes íntimas da minha companheira. Não perdi o cheiro da companheira. O cheiro do meu corpo é natural é de suor. Tema: Prazer	10	Porque ainda sinto esse cheiro da companheira. Subtema: Esperança	Esperança

Segundo Ackerman (1992, p. 32), “o olfato é o mais direto de nossos sentidos. Ele não necessita de intérprete, o que não acontece com os outros sentidos. O efeito é imediato e não diluído pela linguagem, pelo pensamento ou pela tradução”.

No sentido olfato, o cheiro da companheira esteve presente em todos os depoimentos no primeiro grupo. As categorias encontradas foram: frustração para dois participantes, satisfação para outros dois; decepção, enfrentamento e força por cada um dos participantes.

Corroborando com Araújo (2000) cheiramos o tempo todo, sempre que respiramos. E, nesse movimento, alteramos e somos alterados pelo que inalamos e exalamos. Isto significa que, ao respirar, percebemos os odores e somos percebidos através deles.

O cheiro da mulher passa a ser uma referência importante para ele, um elo, mantendo viva a chama do desejo. Nesta reflexão, percebemos que o GP estabelece com as companheiras a relação de afetividade ou busca identificar e compreender como refletiram ainda sobre quais suas necessidades afetivas frente à relação com as companheiras.

Com a DE, a transformação do comportamento do homem se inicia não só de uma clareza a respeito do lugar que uma mulher tem para eles, mas da compreensão das conseqüências deixada pelo vazio provocado pela disfunção.

A maioria dos sujeitos, com exceção de um dos participantes, ainda mantinha-se compartilhando a cama de casal durante as horas de sono. Os demais, por vários motivos, dormiam separados da companheira. Às vezes mantendo-se até em camas e quartos separados.

**No sentido olfato**, recapitulamos as falas, recordando a pergunta norteadora que originou as respostas, com a finalidade de ajudar na análise da produção dos dados. Expliquei para eles que o olfato estava ligado à sexualidade e à importância dos aromas e os efeitos deles sobre as emoções. Por possuir memória olfativa, eles marcam e demarcam experiências. Dessa forma, entendemos porque a negação por parte deles, a ausência do cheiro da mulher, que aparece no depoimento como mostra no check list.

Os temas foram formados a partir da análise das falas do sentido olfato, definidas pelas palavras de: bloqueio; desafeto; fuga; isolamento; tristeza; prazer; baixo auto estima por duas pessoas do GP e negação por outras três pessoas.

Os sub-temas formados a partir da análise dos temas e da análise e outras das falas que foram definidas pelas palavras de: perda de sentimento; (in)capacidade de reação; esperança por três pessoas do GP; (in)diferença por outros dois e frustração também por outros dois do GP. As categorias analíticas foram definidas a partir da análise do tema, sub-tema e outras falas e são resumidas pelas palavras de: sentimento de negação; esperança; defesa da auto

estima; (im) potência física afetiva; perda/ interesse; (in) sensível; (in) capacidade afetiva por duas pessoas do GP.

No sentido olfato, a ausência do cheiro da mulher por oito clientes, foi uma referência importante, a negação do cheiro esta relacionada ao contato distante da companheira pelo não desempenho sexual dando um corte sob um clima de tensão e de restrição de prazer. O sexo ocupa relativo espaço na identidade do homem e ele perde esse espaço com a negação do corpo como fonte de prazer.

Encontramos como tema, o bloqueio por um participante do GP; fuga /isolamento; baixa estima por outros dois; negação por três; tristeza por um e prazer por um cliente que ainda sente o cheiro da companheira.

### 3.1.5. Sentido Tato

#### A dimensão do toque frente à (im) potência física e afetiva

O Quadro 7 destaca as categorias analíticas resultantes da análise.

**Quadro 7 - Apuração dos Dados - Sentido Tato**

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
D	A sensação do toque na esposa, ainda é o mesmo prazer... quando eu toco nela com ele eu sinto prazer de ficar ali quieto com carinho. “... sinto muito prazer, muito desejo do tatear”. Tema - emoção	08	“... mas sensação de potência, eu não sinto nada, porém com o membro sem ereção ... é a vontade de querer, sem conseguir”.  Subtema - enfrentamento	Impotência física gerando (im) potência afetiva
R	“Quase nada mudou” Tema-indiferença	10	“... só não consigo transmitir o que sinto para a companheira pelo toque”. Subtema - frustração	(Im)potência física
C	“Quando boto a mão na patroa bate forte” Tema-emoção	08	“Ao tocar ficava triste” Subtema - frustração	(Im)potência afetiva/(im)potência física

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
J	“... não senti nada, nenhuma sensação ele esta caído, morto defunto, sem iniciativa”. Tema-indiferença	05	Eu tocando no meu membro não senti nada, nenhuma sensação Subtema - enfrentamento	(Im)potência física / (im)potência afetiva
P	Ao tocar o meu corpo, senti que parte estava fora do mesmo. ...porque tenho medo do problema... Tema - frustração	01	Ocorre que quando toco com a mão sinto que tem alguma coisa fora do corpo. Subtema - enfrentamento	(Im)potência física / (im)potência afetiva
A	Falou do futuro da satisfação de voltar a ter ereção. Tema – alegria	08	Quando toco ele não me atende do jeito que eu quero. Não sinto prazer nem ereção. Subtema - enfrentamento	(Im)potência afetiva/(im)potência física
IV	Quando eu tentava excitar no toque e não conseguia pensei até em besteira. Tema: Desespero ou aniquilamento	06	O meu tato ainda acusa alguma coisa com retorno. Subtema: enfrentamento	(Des) equilíbrio emocional.
LC	Ao tocar o meu corpo me senti extremamente amargo. Mudou minha vida; tornei-me mais humilde. Tema: Baixa auto-estima	06	Por ser um alento de poder tocar a minha companheira, uma vez que não posso fazer sexo com o pênis. Subtema: Compreensão	Enfrentamento
JV	Ao tocar tenho vontade de morrer, para que viver assim? Minha companheira é jovem. Tema: Depressão / Introspecção	0	Não tenho mais tato, minha mão está fraca. Subtema: Decepção	(In) potência
JL	Sentir quer não era mais a mesma pessoa. Fiquei desinteressado pelas mulheres. Tema: Frustração / Desinteresse	02	Pela mudança que houve. Tenho esperança. Subtema: Esperança	Esperança
H	Ao tocar veio a depressão, fiquei destruído. Tema: Enfrentamento	0	Não tenho palavras. Subtema: decepção	Baixa auto-estima
RC	Ao tocar meu corpo, pensei logo, perdi a companheira, perdi tudo, ai veio à depressão. Tema: Decepção	04	Com o toque eu tenho retorno com a companheira. Subtema: Esperança	Incapacidade Afetiva
JP	Ao tocar meu corpo, fiquei maluco, pensei em colocar gesso. Não suportava tocá-lo. Tema: Bloqueio/ Auto imagem	04	No toque com as companheiras, não estou fracassado. Subtema enfrentamento	Incapacidade física



Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
W	Ao tocar o meu corpo, o que me marcou foi minha incapacidade perdi meu valor como homem. Tema: Enfrentamento	02	Ainda tenho uma esperança. <b>Subtema:</b> Esperança	Enfrentamento
CC	Me senti impotente, tocava e não sentia nada. Tema: Frustração	01	Pelo fracasso muito caído. <b>Subtema:</b> Sentimento / impotência	Incapacidade física

Citando Ackerman (1992, p. 106-107): “o tato é o primeiro sentido que se desenvolve no feto e, em uma criança recém-nascida, é automático, surgindo até mesmo antes que os olhos se abram. O toque ensina-nos a diferenciar entre o eu e o outro, indica que existe alguém além de nós”.

No sentido tátil, temos na fala de um participante, a emoção ao tocar na companheira com “ele” sentindo o prazer de ficar ali quieto com carinho. Temos, também, o registro da emoção por parte de outro participante quando ao tocar na companheira com a mão sente forte emoção sensorial. Um outro participante destaca a indiferença que, ao toque, nada mudou.

Obtivemos outros depoimentos como o enfrentamento, quando ao tocar não sentiu emoção sensorial, ele estava caído (sem ereção), morto sem iniciativa; a frustração de, ao tocar o corpo, sentir que parte estava faltando.

Como subtemas, temos destacados por três dos participantes o enfrentamento quando percebem que ao toque não sentem sensações e alguma coisa está fora de lugar, que ele não atende; é a vontade de querer sem nada conseguir. Há, também, por parte de outros três participantes a frustração por não conseguir transmitir o que sente para sua companheira; a frustração e tristeza ao tocar nela e quando ao tocar no próprio corpo nada sentir.

A categoria resultou para todos os participantes: a (im) potência física gerando a (im) potência afetiva por dificuldade que o homem tem de lidar com situações e tensões vividas em relação ao sexo, termina afastando-se do convívio com sua companheira.

A síntese dos temas, dos subtemas e das categorias analíticas dos sentidos tátil e olfato permitiu, com o GP, a composição da poesia crítica intitulada: “o corpo fora do lugar”, descrita no sub-capítulo a seguir (4.2).

No **sentido tato**, através do mesmo procedimento, recapitulamos a pergunta norteadora e os depoimentos. Expliquei para eles que através das mãos comunicamos nossa energia. Tocar a mão, apertar a mão é se apresentar é firmar um conhecimento e uma amizade, no toque há muita sensibilidade.

Nos temas formados pela análise das falas foi acrescentado pelo GP o sentimento de *vergonha* justificado por que quando tocava o pênis não tinha resposta. Foi acrescentado o sentimento de *derrota*, também por não ter resposta ao receber as carícias da companheira. Nos temas foram destacadas as palavras de desespero; baixo auto estima; decepção; bloqueio; da auto imagem; depressão /introspecção; frustração por duas pessoas do GP; enfrentamento por outros dois.

Os **subtemas** formados da análise do tema e de outras falas estão representadas pelas palavras de: prazer; sentimento/impotência; enfrentamento; compensação; decepção por duas pessoas do GP; esperança por outros três.

As **categorias analíticas**, formadas da análise dos temas, subtemas, e estão representadas pelas palavras de (des) equilíbrio emocional; enfrentamento por duas pessoas GP, (in) capacidade física por outros dois; (in) potência física; esperança; baixo auto estima e (in) capacidade afetiva. No sentido tátil, encontramos as falas de dois clientes: o desespero e a desistência, querendo morrer por não ter uma resposta no toque. A baixo auto-estima por parte de um cliente que ao toque sente-se extremamente amargo; a frustração por dois clientes

por não sentir interesse mais pelo sexo; sinto-me impotente sexual; o enfrentamento por dois clientes.

Um cliente com medo da perda, ao tocar pensou logo perdi a companheira, perdi tudo; auto-imagem por um cliente que ao tocar pensou em colocar gesso não suportava tocá-lo;

No subtemas as falas foram de fragilidade; esperança; baixa auto-estima; prazer por um cliente que ao tocar em outras companheiras não se sente fracassado e sentimento /impotência.

Na categoria analítica temos (in) potência física; esperança; baixa auto estima; (in) capacidade afetiva; (in) capacidade física enfrentamento por dois clientes; e (des) equilíbrio emocional.

A poesia também foi aceita pelo segundo GP.

### 3.1.6. Sentido Coração:

#### A potência humana na percepção afetiva

Nesta análise, consideramos os temas e subtemas dos depoimentos, conjugando-os com os valores registrados na escala de avaliação dos sentidos.

O Quadro 8 destaca as categorias analíticas resultante dessa análise.

**Quadro 8 - Apuração de Dados - Sentido Coração**

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
D	...No princípio ... minha esposa reagiu pessimamente. Agora ... estou preparado para passar por emoção a partir do momento que vão resolver meu problema. Tema- enfrentamento	10	Estou cheio de expectativa. Subtema - ansiedade	Esperança
R	Que eu amo a vida. Tenho humildade de saber esperar minha vez. Ter paciência, para aguardar e compreender. Tema- perseverança	10	... ainda consigo sentir amor ao próximo. Subtema - afetividade	Perseverança
C	Foram duas emoções muito forte;	10	Emoção de viver bem. Subtema - felicidade	

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
	quando fui chamado para fazer a cirurgia / e o dia que recebi alta e fui para casa. Tema-emoção			Equilíbrio/ felicidade
J	Eu me amo cada vez mais. Estou me dando valor Tema- valorização	05	Me amo cada vez mais. Subtema - recuperação amor próprio	Recuperar amor próprio
P	Cheguei ao hospital e encontrei a Enf <sup>ª</sup> . Tema- esperança	10	Emoção de voltar aos meus 15 anos. Subtema - ansiedade	Esperança
A	Valorizar mais a família. Tema – apoio	10	Minha filha me dá força e me emociona. Subtema - afetividade	Apoio / Força
H	Meu sentimento é de apertado oprimido, estar com uma esposa jovem e não poder compartilhar a alegria. O que eu tinha está preso, retido, mesmo tendo os outros meios, mas não é a mesma coisa porque aí a gente só recebe e não dá. Tema: Frustração	01	Pelo não compartilhamento das emoções. Subtema: Desequilíbrio emocional	Impotência afetiva
RC	Emoção que senti foi quando olhei para a companheira e senti pena, vi que eu já tinha feito tudo, queria sossego aí aconteceu a impotência, fiquei com o sentimento abalado e com medo de tomar um perdido, tinha trinta e cinco anos. Tema: Sentimento de culpa	04	Esperança de resolver meu problema. Subtema: Esperança	Busca resgate conjugal
JP	O meu sentimento é de tristeza, caiu o pé. Tinha um relacionamento, com uma jovem e não podia mais satisfazê-la tive de me afastar e mentir dizendo que a mulher tinha descoberto tudo. Com ela eu tinha amor Tema: Isolamento/ tristeza	07	Ainda tenho sentimento, afeto dos familiares, embora não tenha condições de me abrir com os meus familiares. Subtema: Amor fraternal	(In) capacidade de busca afetiva
W	Senti uma emoção de desgosto, e também envergonhado por ter perdido o carinho de várias mulheres que tive oportunidade. Tema: Perda de Sentimento	03	Por sentir ainda uma atração afetiva por minha companheira. Subtema: Confiança	Enfrentamento da perda

Iniciais	Temas	Escala	Subtemas	Categorias
	Depoimentos / Ações		Necessidade / Reações	
IV	Sentimento de desespero pela companheira sinto tristeza Acho que estou sendo desprezado. Pergunto sempre se ela ainda gosta de mim. Tema: Insegurança	0	Pelo sentimento de tristeza. Subtema: Frustração	Indiferença/ Rejeição
LC	O meu sentimento foi de infelicidade, mas de certa forma fiquei amoroso, compreensivo, tentando compensar. Porque quebrei a crista a casa caiu. Tema: Busca de apoio/tolerância	10	Ainda não perdi a esperança. Subtema: recuperação do amor próprio	Sofrimento proporcionado mudança de postura comportamento
CC	Sentimento desgosto, tristeza, sofrimento. Queria morrer. Tema: Perda da auto estima Pessoal/ desgosto	0	Por estar muito infeliz com o problema. Subtema: Infelicidade	Desequilíbrio emocional
JV	Meu sentimento é de tristeza antes dessa reunião só queria desaparecer do mundo. Tema: Desvalorização pessoal/ suicida?	03	Ainda tenho sentimento bom pela companheira Subtema: Busca Sentimento	Impotência física
JL	Meu sentimento é de ansiedade por querer voltar a ser o que era. Estou incapacitado. Sem, esperança por ser diabético sinto uma incompetência física. Tema: Desesperança/ Ansiedade	2	Esperança de voltar a ser o que era. Subtema: Busca de esperança	Recuperação amor próprio

No sentido coração, temos como relevante ao GP, a péssima reação da companheira no início da DE, contrapondo-se à grande expectativa dele por estar bem próximo de resolver o seu problema. Destacamos, também, de outro participante o amor atribuído à vida e a paciência para aguardar a vez de sua cirurgia. Foram mencionadas, por outros três participantes, a valorização pessoal, a esperança e confiança despertadas pela enfermeira quando chegou ao hospital e a maior valorização pela família.

Do participante facilitador foi ressaltado ao GP demonstrar-se livre para falar sobre a DE amoleceu seu coração, pois permitiu o contato coletivizado da dor, o enfrentamento do

medo, assumindo a perda, a vulnerabilidade e o risco, pontos que habitualmente o homem não está acostumado a admitir no âmbito pessoal, que dirá no coletivo.

Com a possibilidade da colocação da prótese peniana, ele se enche de amor e esperança pela possibilidade de retornar sua vida sexual, seu amor próprio, o resgate conjugal e a harmonia de seu lar.

As categorias resultantes foram: esperança em realizar a cirurgia; recuperação do amor próprio; apoio e força pela valorização da família; afetividade, por ainda sentir amor ao próximo e felicidade com equilíbrio por já ter sido operado.

A síntese dos temas, dos subtemas e das categorias analíticas do sentido coração permitiu, com o GP, a composição da poesia crítica intitulada: “metamorfose” e descrita no sub-capítulo a seguir (4.2).

No entendimento do sentido coração como centro das emoções não há muito que explicar, mas destacamos como sendo o centro da relação.

Os **temas** foram formulados a partir da análise das falas e estão representadas pelas palavras: frustração; sentimento de culpa; isolamento / tristeza; perda de sentimento; insegurança; busca de apoio; perda da auto-estima; desvalorização pessoal / suicida; desesperança.

Os **subtemas** emergem a partir da análise dos temas e de outras idéias do grupo e estão representadas pelas palavras: desequilíbrio emocional; esperança; amor fraternal; confiança; frustração; recuperação do amor próprio; infelicidade; busca de sentimento; busca de esperança. As **categorias analíticas** resultaram da análise dos temas e subtemas e estão definidas pelas palavras: (in)potência afetiva; busca da conciliação conjugal; (in)capacidade afetiva; enfrentamento da perda; (in)diferença/ rejeição; sofrimento/ proporcionando mudança de postura /comportamental; desequilíbrio emocional; (in)potência física; recuperação do amor próprio.

A análise dos temas e subtemas dos depoimentos conjugando-os com os valores registrados na escala de avaliação dos sentidos, segui o mesmo passo do primeiro GP.

No **sentido coração**, como fator importante, temos o sentimento dos clientes em relação às companheiras por não poder satisfazê-las, emoção e medo de tomar um “perdido”, sentimento de tristeza por um cliente por ter de se afastar de uma companheira pela disfunção; emoção de desgosto por ter perdido o carinho de várias mulheres; sentimento de desprezo pela companheira, acha que está sendo desprezado; sentimento de desgosto, tristeza, sofrimento, queria morrer; sentimento de ansiedade por querer voltar a ser o que era.

Na análise do subtema temos: confiança por um cliente; recuperação do amor próprio; infelicidade; busca de sentimento; busca de esperança; desequilíbrio emocional; amor fraternal.

Na categoria analítica, encontramos: (in) potência física; busca da reconciliação conjugal; (in) capacidade de busca afetiva; enfrentamento da perda; (in) diferença / rejeição, sofrimento proporcionando mudança de postura de comportamento; (des) equilíbrio emocional; recuperação do amor próprio.

### **3.2. A Convergência da Produção de Dados com os Princípios da Sociopoética**

Com as dinâmicas apresentadas, foi possível perceber que sentimentos positivos e negativos estiveram presentes. Com essa forma de participação livre dos co-pesquisadores exercitaram o direito de se manifestar pluralmente. A não separação da cabeça do resto do corpo é uma exigência da sociopoética. Como preconiza o método sociopoética, faz-se necessário garantir o espaço para a liberação da emoção, da sensibilidade e das sensações.

A integração dos participantes possibilitou não somente pensar com o coração e a sentir com a razão. O corpo, este indivisível, é a dimensão física e identificadora de cada um

de nós. A disposição no tempo e no espaço corporal permitiu refletir sobre o passado e o futuro, o corpo saudável, a transformação pessoal pela disfunção e a modificação com o ambiente é como a prótese interna.

A metamorfose corporal destaca a prótese presa ao organismo do cliente como transmissora de mensagens, desencadeando várias emoções, sentimentos e comportamentos diversificados.

Citando Araújo (2000, p. 102): “o método sóciopóetica é bastante empreendedor quando preconiza a recusa de cortar a cabeça do corpo, pois, a riqueza do ser humano necessita da sua totalidade”. O diálogo possibilitou a ampliação e poder na participação dos sujeitos pensantes do grupo, na definição, na análise e na interpretação dos resultados, todos no processo de discussão coletiva. Essa importância do diálogo, acredito ser um sinal desencadeador de atitudes de aproximação entre enfermeira e o cliente, traduzidas como manifestações proxêmicas saudáveis ao cuidado, no campo da idéia e da ação.

Freire (2003, p.82) reforça que "o diálogo é o encontro dos homens para ser mais, não pode fazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu que fazer, já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril. É burocrático e fastidioso". Nesta pesquisa, pude observar, nos diálogos com o GP, a importância para eles da valorização das conquistas, da liberdade de ação, presentes como referência para identificação masculina.

O papel dos sujeitos pesquisados como co-responsáveis, contribuindo efetivamente para a sua reabilitação, falando da sua necessidade com saberes próprios, enfrentando suas alterações físicas e afetivas, dando uma produção rica de conhecimentos, proporcionando um bom aprendizado, para nós, pesquisadores. A união do aprendizado científico com o desenvolvimento artístico, pelo lado intuitivo imaginário dos GP, foi de grande ajuda na produção dos dados, quando na figura geométrica encontrava o arco-íris definido como dilúvio, a necessidade de mudança, e no rio como polaridade existente entre passado e presente.



Separar o conhecimento científico da religião. A espiritualidade tem uma interferência na educação em saúde. A crença religiosa tem um peso quando se refere também à mudança do corpo, à implantação de prótese peniana, interferindo na aceitação da companheira em relação à colocação da prótese por achar que “Deus não permite, à pessoa ficar impura”, caso a coloque não pode freqüentar a igreja. Para lidar com essa situação é preciso sensibilidade e respeito e habilidade para compreender e orientar na fase pré-operatória.

Como concebe Teixeira (1998, p.137), “a religião exerce um poder de convencimento sobre o comportamento dos sujeitos, sobre as diferentes formas de cuidado com o corpo, nem sempre fiel às racionalidades científicas modernas”.

A transversal, nessa pesquisa mostrou que a sociopoética fez com que nossos co-pesquisadores ocupassem um lugar de sábios produzindo e mostrando como os sentidos estão ligados a prática social. Trabalhamos com grupos socialmente diferentes, mas com utilização da mesma técnica, que fez com que entendêssemos o sentido dado à pesquisa. A liberdade de escolha que permitiu identificar-me com o método, experimentando o diálogo constante com o outro. Estar aberta a constantes revisões, me ajudou a entender a necessidade da construção e a análise coletiva e exercitou a crítica dos “achados”.

Segundo Santos e Gauthier (1999, p. 32), "a transversalidade é o saber e o não saber do grupo sobre a sua polissegmentaridade. É o indispensável para a passagem do grupo de objeto a sujeito".

A transversalidade com os sentidos sócio-comunicantes do corpo destacou as características comuns das expressões não verbais do cliente ao apontar a comunicação cinésica como sendo a predominante na recepção das informações.

Corroborando com a conceituação descrita por Araújo (2000), a cinésica é conceituada como a de todos os movimentos, do rosto, parte dele como, por exemplo, movimentos das pálpebras, olhos, boca, da cabeça, do tronco, dos membros superiores, como também dos

inferiores ou parte dele. Ao reconhecer a sua condição de DE, através dos sentidos sócio-comunicantes foi um modo de tomar consciência da transversalidade presente no imaginário dos clientes com DE.

Corroborando com Ackerman (1992) ao falar que o mais surpreendente, entretanto, não é como nossos sentidos transpõem as distâncias ou culturas, mas como transpõem o tempo. Eles nos ligam intimamente ao passado com mais intensidade do que nossas idéias. Os co-pesquisadores tiveram uma melhor resposta quando foram transportados através de seu imaginário quando usamos os sentidos.

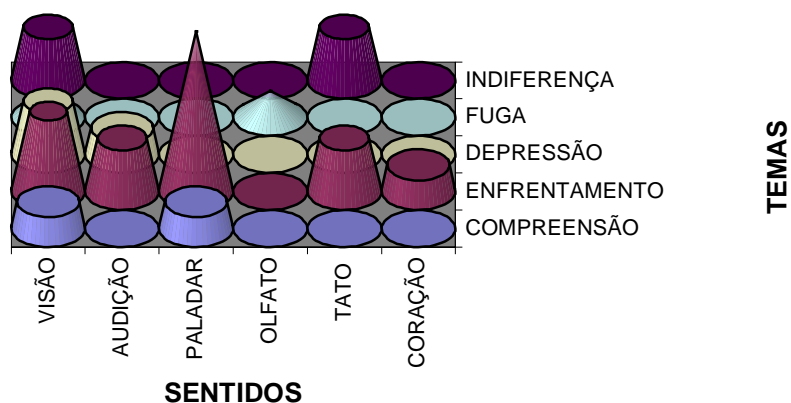
Para realizar o estudo transversal, algumas etapas foram seguidas.

A primeira foi ler e reler os quadros de apuração de cada sentido corporal para retirada dos temas. Após listá-los busquei em cada quadro de apuração dos demais sentidos, levantar quantas vezes eles apareceram como temas. Assim, procedi com a análise de cada sentido corporal em separado, como mostra os apresentados a seguir.

**Quadro 9 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Visão**

Temas	Sentidos Do Corpo						Total
	Visão	Audição	Paladar	Olfato	Tato	Coração	
Indiferença	2	0	0	0	2	0	4
Compreensão	1	0	1	0	0	0	2
Enfrentamento	3	2	6	0	2	1	14
Depressão	2	1	0	0	1	0	4
Fuga	1	0	0	1	0	0	2

### ESTUDO TRANSVERSAL DO SENTIDO VISÃO



No estudo transversal do sentido visão, fizemos a leitura de todos os depoimentos do grupo com todos os seis sentidos e, após a análise, encontramos os temas: indiferença; compreensão; enfrentamento; depressão e fuga. Segundo Ackerman (1992, p.574), "mesmo que a maioria de nós não cace mais, nossos olhos, continuam sendo os grandes monopolizadores de nossos sentidos". Foi através deles que o cliente sinalizou o seu enfrentamento diante da disfunção, apesar de ter sua percepção visual presente, ele deixou de olhar para sua situação.

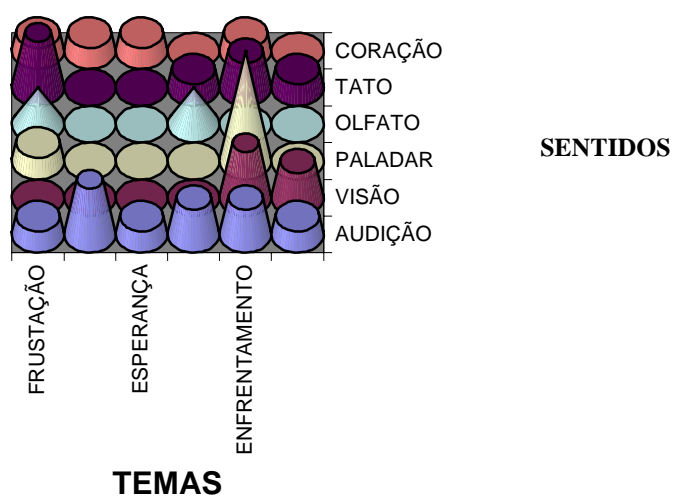
Através do imaginário foi possível também compreender a transversalidade da visão quanto ao olhar. Os clientes, ao abrirem os olhos, não aceitavam o que viam e apresentavam uma aparente indiferença e também depressão em relação aos fatos circundantes. Para Ackerman (1992, p.332), "todos os nossos sentidos podem despertar lembranças e emoções, mas os olhos são especialmente hábeis na percepção simbólica, aforística, e multifacetada".

**Quadro 10 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Audição**

Temas	Sentidos do Corpo						Total
	Audição	Visão	Paladar	Olfato	Tato	Coração	
Frustração	1		1	2	3	1	8
Apoio	3	0	0	0	0	1	4

Temas	Sentidos do Corpo						Total
	Audição	Visão	Paladar	Olfato	Tato	Coração	
Esperança	1					1	2
Baixo auto estima	2	0	0	2	1	0	5
Enfrentamento	2	3	6	0	2	1	14
Depressão	1	2	0	0	1	0	4

### ESTUDO TRANSVERSAL DA AUDIÇÃO



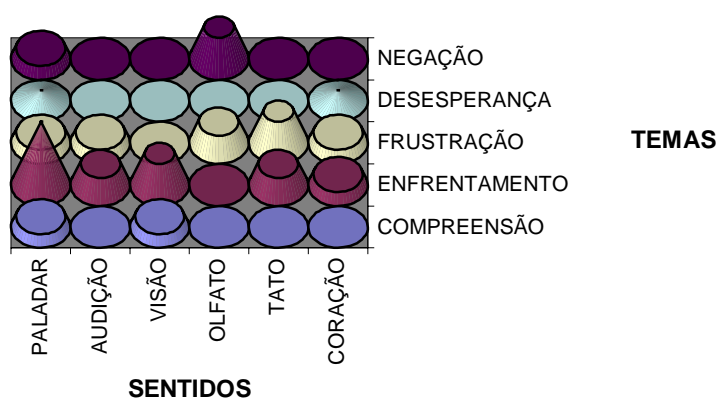
Corroborando com Ackerman (1992, p.223) quando fala que podemos “usar o som como protetor emocional” ao concentrarmos nossa atenção em um som, ele nos relaxa para continuarmos nosso dia; sendo muito importante para que possamos fazer brotar um equilíbrio emocional.

Na análise dos temas do sentido audição, usamos os mesmos procedimentos do sentido visão com os outros seis sentidos. Tivemos como pontos fortes o enfrentamento, a frustração e a baixo auto estima, justificados pela dificuldade do que ouviam a respeito da sua condição frente à impotência sexual.

**Quadro 11 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Paladar**

Temas	Sentidos Do Corpo						
	Paladar	Audição	Visão	Olfato	Tato	Coração	Total
Compreensão	1	0	1		0	0	2
Enfrentamento	6	2	3	0	2	1	14
Frustração	1	1	0	2	3	1	8
Desesperança	1	0	0	0	0	1	2
Negação	1	0	0	3	0	0	4

**ESTUDO TRANSVERSAL DO PALADAR**



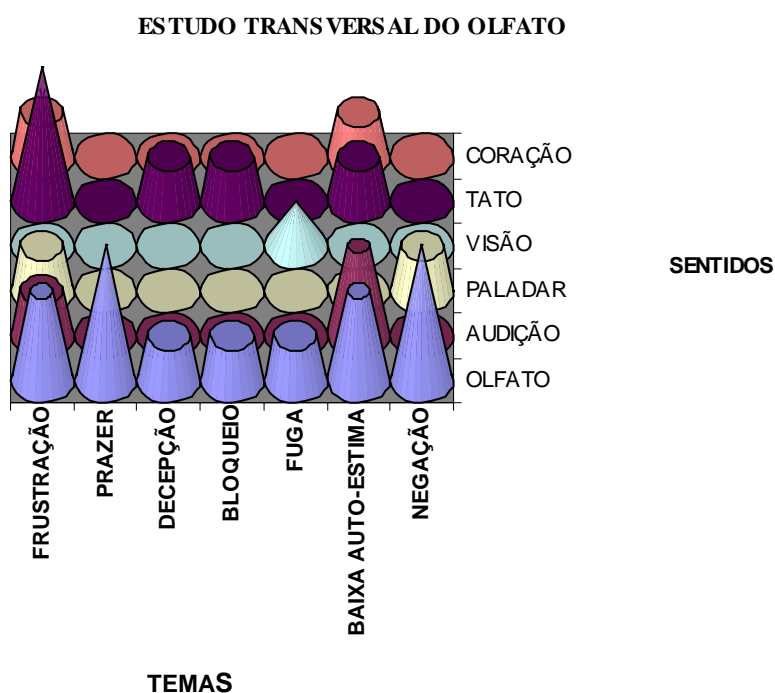
Na análise do estudo transversal do sentido paladar, como nos outros seis sentidos estiveram presentes: o enfrentamento do corpo com a limitação da disfunção, a frustração, desesperança e a negação da dificuldade e impedimento de estabelecer uma comunicação com a companheira em relação ao que estava acontecendo.

De acordo com Ackerman (1992, p. 161), "nossos outros sentidos podem ser apreciados em toda sua beleza quando estamos sozinhos, mas o paladar é extremamente social".

Para ela, a boca é o que mantém fechada a prisão de nossos corpos. Nada entra no corpo, seja para o bem ou para o mal, sem passar pela boca, o que representou um dos primeiros desenvolvimentos do corpo humano na evolução.

**Quadro 12 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Olfato**

Temas	Sentidos do Corpo						Total
	Olfato	Audição	Paladar	Visão	Tato	Coração	
Frustração	2	1	1	0	3	1	8
Prazer	3	0	0	0	0	0	3
Decepção	1	0	0	0	1	0	2
Bloqueio	1	0	0	0	1	0	2
Fuga	1	0	0	1	0	0	2
Baixo auto estima	2	2	0	0	1	1	6
Negação	3	0	1	0	0	0	4



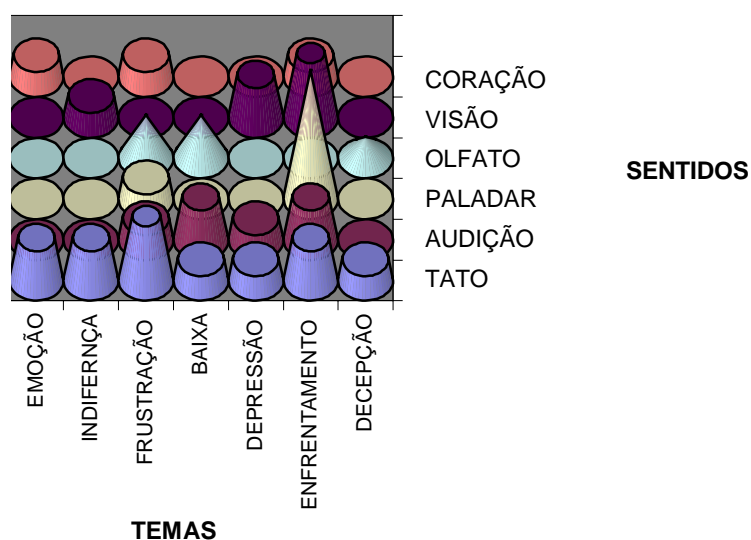
Para Ackerman (1992, p. 32), "os cheiros são mais capazes de ativar as batidas do coração do que as imagens e os sons". No estudo transversal do sentido olfato, foi observado que a frustração repetiu-se com os outros seis sentidos por oito vezes. O olfato representou a não participação do cheiro do seu corpo, bem como a baixa auto-estima, devido ao afastamento sexual. Também esteve presente características de fuga pelo não registro do

cheiro do seu próprio corpo e do odor da companheira; entretanto, o autor afirma que: “não existe falta de memória em relação aos odores. Todos permanecem na memória.”

**Quadro 13 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Tato**

Temas	Sentido Tato						
	Tato	Audição	Paladar	Olfato	Visão	Coração	Total
Emoção	2	0	0	0	0	1	3
Indiferença	2	0	0	0	1	0	3
Frustração	3	1	1	2	0	1	8
Baixo auto estima	1	2	0	2	0	0	5
Depressão	1	1	0	0	2	0	4
Enfrentamento	2	2	6	0	3	1	14
Decepção	1	0	0	1	0	0	2

**ESTUDO TRANSVERSAL DO TATO**



A pele é o nosso órgão mais extenso, é o nosso código mais intenso, um lar de profundas memórias. Em hebraico, “a mão é simbolizada pela letra “Y” (Yod), que encontrada no tetragrama *YHVH*, que significa Javah (Yod hé vav he), divino” (LELOUP, 2002, p.124).

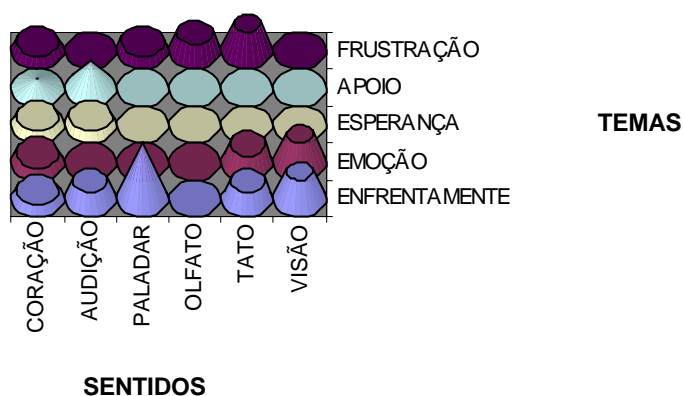
No sentido tato, como nos outros sentidos os temas foram formados com a soma de todas as falas dos outros seis sentidos. Os mais repetidos foram: enfrentamento e frustração,

justificados pelo fato de apesar já terem visualizado a sua condição de DE, mas ao tocarem sem obterem a resposta desejada, o que é confirmado por Ackerman (1992, p.107-108) ao relatar que "o tato é o sentido mais antigo e o mais urgente. Qualquer toque executado pela primeira vez ou mudança de toque (como, digamos, a troca de um toque suave para um áspero) inicia violenta atividade no cérebro"; tiveram a comprovação da sua disfunção, ocasionando sentimentos de baixa auto estima e de decepção.

**Quadro 14 - Estudo Transversal dos Sentidos - Sentido Coração**

Temas	Sentido Tato						Total
	Tato	Audição	Paladar	Olfato	Visão	Coração	
Enfrentamento	1	2	6	0	2	3	14
Emoção	1	0	0	0	2	0	3
Esperança	1	1	0	0	0	0	2
Apoio	1	3	0	0	0	0	4
Frustração	1	0	1	2	3	0	7

### ESTUDO TRANSVERSAL DO CORAÇÃO



No estudo transversal do sentido coração, usamos o mesmo procedimento dos sentidos anteriores. Juntamos todas as falas repetidas de cada sentido e concluímos com um total dos



seis sentidos. O enfrentamento foi para os co-pesquisadores o mais difícil, ao tomar conhecimento ou perceber pelos sentidos a sua disfunção erétil. Os sentidos testemunharam essa verdade na realidade, que lhe parecia inexplorada. A frustração também na transversalidade foi uma fala marcante. O apoio da companheira, a emoção de participar do grupo e a esperança da implantação da prótese estiveram presentes durante a transversalidade.

O coração foi o sentido do afeto expressado por eles pela fala de esperança; emoção da afetividade; pelo resgate do amor próprio; amor fraternal entre outros sentimentos.

O momento Viril / Classificatório pode ser demarcado com a interpretação e análise do posicionamento do grupo pesquisador, fazendo com que o GP, através seu imaginário, trouxesse contribuições de um cuidado inspirado na abordagem que aponta para o cuidar corporal. Destacando as categorias analíticas das percepções observadas que são: (im) potência física; (in) capacidade física e afetiva e o enfrentamento.

O momento sociopoético Infantil / Surrealista pode ser demarcado, quando os participantes, através da técnica de lugares sócio-geomíticos e da vivência dos Sentidos Corporais, destacam idéias de morte, passando a ser uma idéia constante para eles. Um outro exemplo desse momento foi identificado, a partir da narração de um dos participantes, quando destacaram o uso do sabão para simular um caroço, o que o impedia de ter relações sexuais e assim camuflar a DE.

A criação filosófica entendida neste estudo como, momento filosófico é descrito por Gauthier *et al.* (2005, p. 260) a partir do momento em que é constituído o grupo pesquisador como sendo: “o grupo pesquisador um filósofo coletivo, um pensador consciente de si, um fragmento de espaço-tempo na vida popular, que participa da criação filosófica”.

O momento filosófico no sentido de uma interpretação foi decisivo para a análise das composições, a partir das falas dos co-pesquisadores construídas sobre os conteúdos comunicados pelo cliente com DE concretizada através dos sentidos do corpo: visão, audição,

paladar, olfato, tato e coração. Foram momentos distintos de produção nos quais os clientes diante de cada sentido corporal foram expondo seus sentimentos, de forma seqüenciada de que maneira o corpo pensava no momento filosófico, no momento mulheril e no momento viril. Acredito que as poesias críticas sintetizam esse momento.

Mostraremos, a seguir, no momento filosófico como o poder emocional que reage tão profundamente aos sons do coração nos torna artistas-poetas em cada situação de pesquisa e aprendizagem.

Para sintetizá-lo apresentamos, a seguir, as poesias críticas:

### ***LUCIDEZ***

A frustração é grande,  
Quando há (in) capacidade ou rejeição.  
Mas devo ter esperança,  
De apoio, força e aceitação.  
No enfrentamento ou na fuga:  
Diante do (des) conhecido;  
Percorro muitos caminhos diferentes,  
Mas sempre com aflição na mente.  
Pois (des) cuido, (in) sensibilidade e (in) compreensão.  
Machucam demais o coração.

### ***CORPO FORA DO LUGAR***

Se eu sinto seu cheiro  
O coração bate forte  
E o meu corpo,

Já não atende do jeito que quero  
Não estou caído, não estou morto.  
Pois quando toco, sinto o mesmo prazer...  
Se nada mudou, como falar da tristeza?  
Como transmitir pra ela o que sinto?  
Sinto parte do corpo fora do lugar!  
E a sensação, gera ameaça,  
Porque ele não atende.  
Não me atende do jeito que eu quero,  
Se a falta de prazer gera (des) prazer,  
Sinto-me (im) potente apesar da potência  
Pois o ser humano (des) vitalizado  
Clama pela compensação afetiva  
Se com ela posso contar,  
Minha coragem vou resgatar.

### ***METAMORFOSE***

O que é a (im) potência física?  
Quando pela (dis) função do corpo,  
Eu descobro a emoção da afetividade.  
A potencia do ser humano  
Transcende o corpo físico,  
No resgate do amor próprio e do amor próximo,  
E nos leva ao (re) equilíbrio de viver bem,  
Com o sabor da juventude,  
Através da força e do amor que emociona.

Baseando-me em Araújo (2000) quando define a aliagem como o processo de realizações de diferentes dimensões de leituras, dos dados, foi possível através dessas novas leituras, que construímos, a versão das poesias críticas.

Continuando com Araújo (2000), existiu a compreensão de que a etapa de análise e a interpretação dos resultados da pesquisa poderiam ser encerradas após as composições realizadas; entretanto, a necessidade de proceder a uma síntese das composições realizadas sobre a percepção dos clientes do GP, decorreu da relevância de relacionar esta percepção dos clientes com a sua convivência e a disfunção.

A escala e os gráficos apresentados na pesquisa basearam-se nos fundamentos de Polit e Hungler (1995). Para elas, a mensuração, por seleção racional, constitui o mais elevado nível de mensuração. As escalas e os gráficos que se seguem demonstram as oscilações no campo emocional do grupo pesquisador. O valor “0” (zero) atribuído nas escalas, pelos sujeitos pesquisados, reflete a insatisfação da convivência da sua condição da DE, enquanto o valor “10” (dez) reflete a esperança e a expectativa de retorno a sua condição anterior à DE.

Segundo as mesmas autoras, em relação aos níveis de mensuração em pesquisa, devemos obedecer a uma hierarquia. Nesta, faz-se importante destacar a escala da razão em seu ápice e as mensurações nominais na base. Então, nos gráficos apresentaremos no eixo “Y” os co-pesquisadores, através da primeira letra de seu nome e no eixo “X” os valores atribuídos de “0” (zero) a “10” (dez), a partir da auto-avaliação de sua percepção sensorial frente às emoções e sentimentos da DE.

No contato com os sujeitos do grupo pesquisador a aplicação da escala de avaliação dos sentidos permitiu uma auto avaliação do estado geral frente aos sentimentos e emoções sentidas por eles frente à DE.

Sem ajuda da estatística, como destacam Polit e Hungler (1995), os dados quantitativos coletados em uma pesquisa devem constituir mais do que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos capacitam o pesquisador a reduzir, resumir, organizar,

avaliar, interpretar e comunicar informação numérica. A estatística descritiva é também utilizada para descrever e sintetizar os dados.

Devemos destacar que os seis sentidos sócio-comunicantes permitiram aos sujeitos se auto-avaliarem frente à (con)vivência com a DE. Dessa forma, grandes partes das indagações de pesquisa frente aos aspectos subjetivos permitiram através desses dados quantificá-los nos oferecendo alguns parâmetros preliminares importantes para repensar o cuidado de enfermagem no pré-operatório.

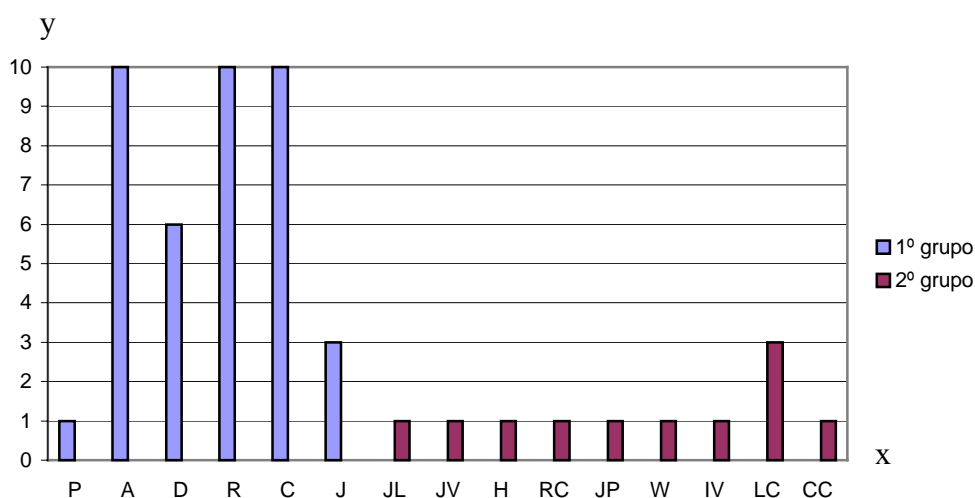
Outra forma de se perceber as instabilidades emocionais e a difícil convivência frente a D.E. esta demonstrada nas escalas em barras e escalas em círculos, como apresentaremos a seguir.



**Sentido Visão:** foi marcante a atribuição de valores 10, na escala de avaliação dos sentidos corporais em relação ao sentido visão; que se justifica pelo fato da maior aceitação da DE pela companheira.

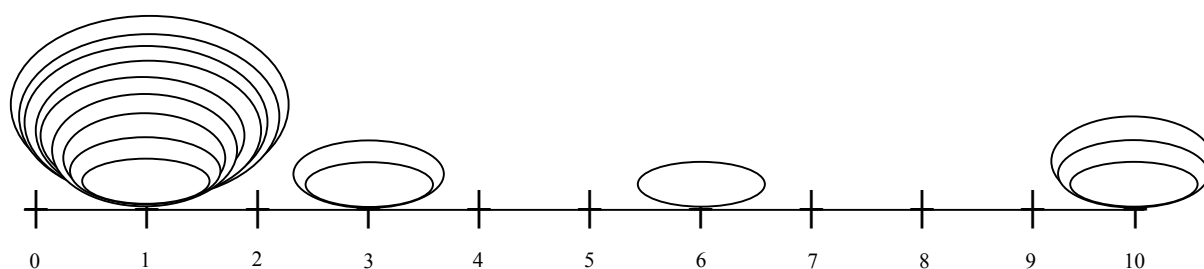
Em contrapartida há predominância de valores baixos entre “1” e “3”, que se justifica em razão da negação do que via, ou seja, a sua DE.

### Avaliação Visual do GP frente à convivência com a DE



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação Visual



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

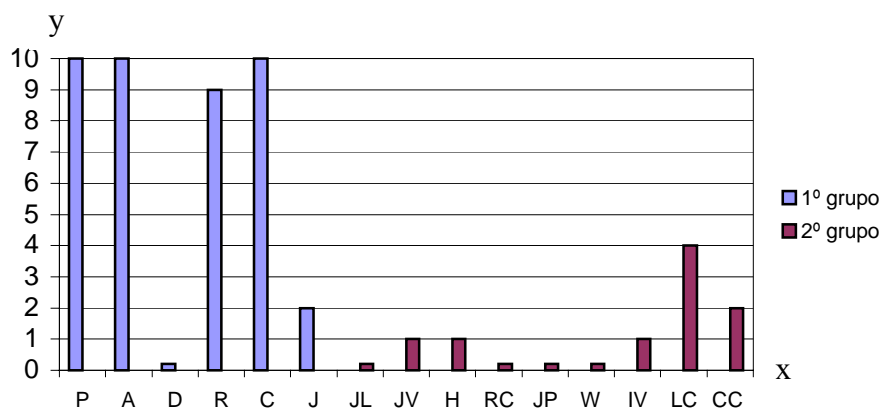
### Avaliação da Polaridade:

A distribuição dos participantes segundo a avaliação dos membros do GP em relação ao sentido visão, apresentou uma polaridade na avaliação de 3 participantes com 10, e 9 com valores 01.



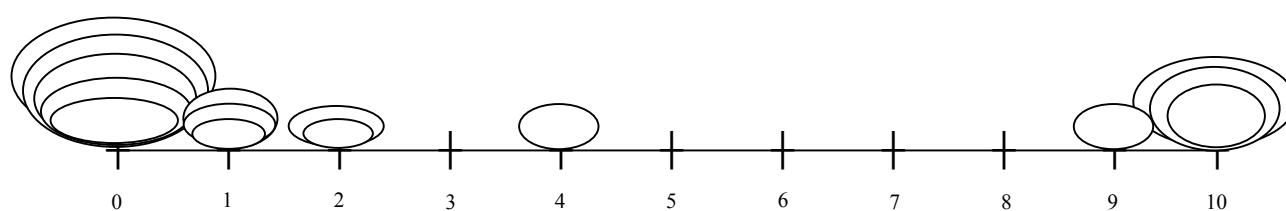
**Sentido Audição:** repetiu-se a predominância de valores baixos como no sentido visão, em função da fala de pessoas do convívio social do grupo, ao expressarem sentimentos de pesar por causa da DE.

### Avaliação Auditiva do GP frente à convivência com a DE



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

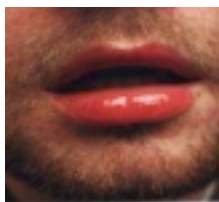
### Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação Auditiva



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

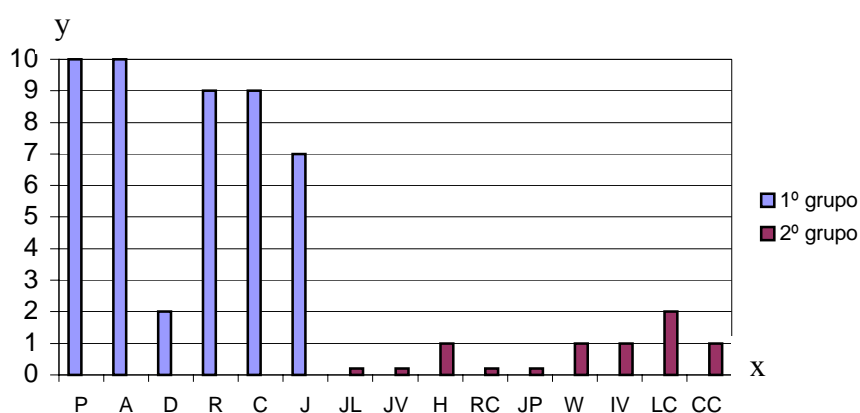
### Avaliação da Polaridade:

A distribuição dos participantes da avaliação dada pelo GP, em relação ao sentido audição, apresentou uma polaridade na avaliação de 3 participantes com 10, e 5 com valores 0.



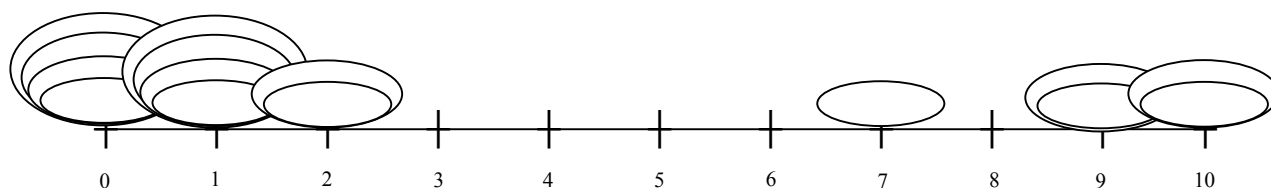
**Sentido Paladar/Sentido Social:** como expressão da comunicação, do sentido social, os valores atribuídos permaneceram abaixo de “3” revelando a dificuldade de enfrentamento bem como arrependimento, quando verbalizaram a situação vivenciada da DE.

### Avaliação Social/Interpessoal do GP frente à convivência com a DE



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação Social/Interpessoal

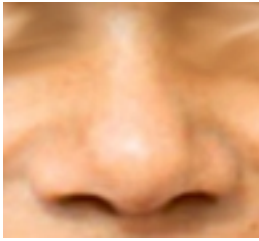


Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Avaliação da Polaridade:

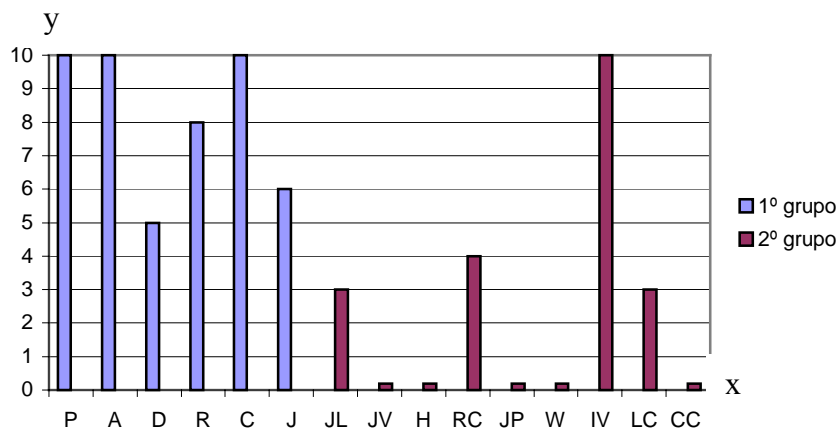
A distribuição dos participantes da avaliação dada pelo GP em relação ao sentido paladar/sentido social, apresentou uma polaridade na avaliação de 2 participantes com 10 e 4 com valores 0.





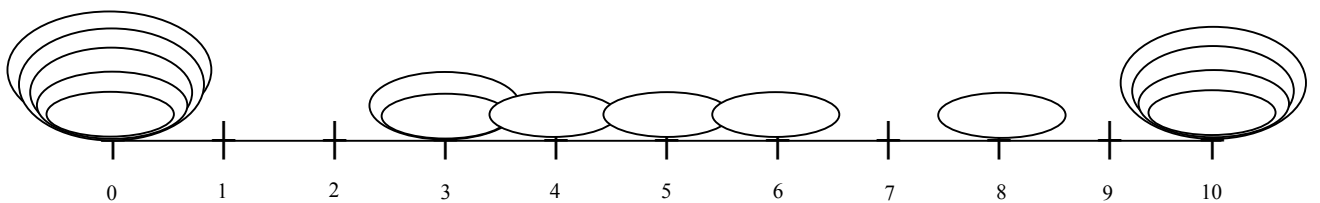
**Sentido Olfato:** no grupo observamos uma regularidade de valores abaixo de “3”, representando a ausência do cheiro do prazer do sexo.

**Avaliação Olfativa do GP frente à convivência com a DE**



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

**Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação Olfativa**



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

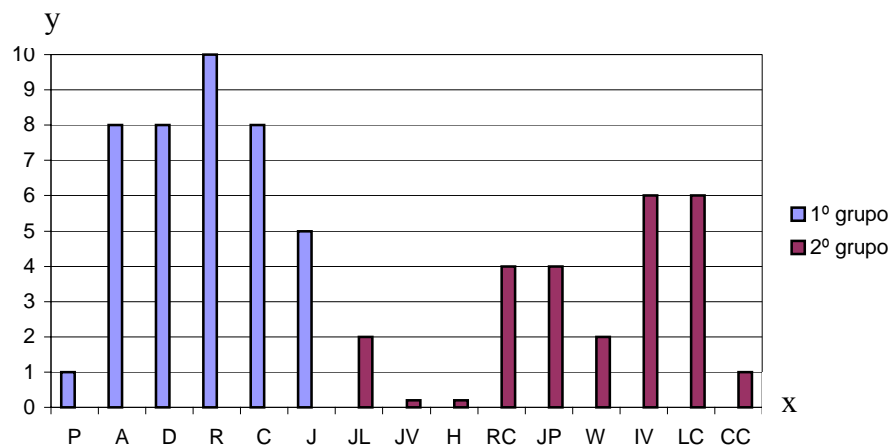
**Avaliação da Polaridade:**

A distribuição dos participantes da avaliação dada pelo GP em relação ao sentido olfato, apresentou uma polaridade na avaliação de 4 participantes com 10 e 5 com valores 0.



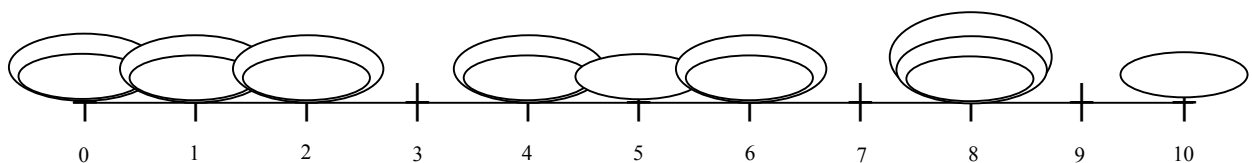
Sentido Tato: no grupo encontramos um aumento dos valores atribuídos comparação aos demais sentidos pelo fato de conseguirem satisfazer sexualmente suas companheiras através do tato.

### Avaliação Tátil do GP frente à convivência com a DE



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação Tátil



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

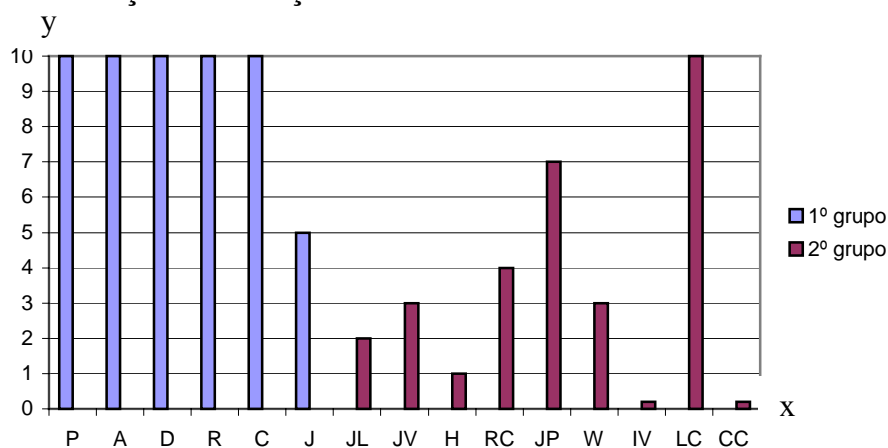
### Avaliação da Polaridade:

A distribuição dos participantes da avaliação dada pelo GP em relação ao sentido tato, apresentou uma polaridade na avaliação de 1 participantes com 10 e 2 com valores 0.



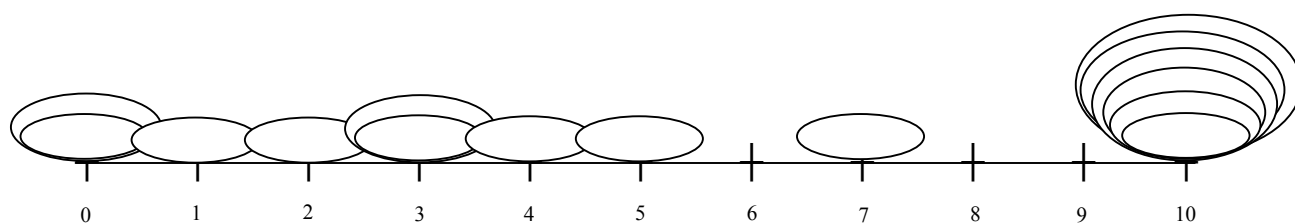
**Sentido Coração:** no grupo houve uma irregularidade de valores atribuídos quanto aos sentimentos expressos. Sendo externados como: baixa estima, tristeza, ansiedade, isolamento, dentre outros, permanecendo apesar de tudo o sentimento de esperança em poder restaurar a sua condição através da implantação da prótese peniana.

### Avaliação do Coração do GP frente à convivência com a DE



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Distribuição da Percepção do GP frente à Avaliação do Coração



Fonte: Produção GP, Dissertação Duque, Castorina da Silva, RJ, 2005.

### Avaliação da Polaridade:

A distribuição dos participantes da avaliação dada pelo GP em relação ao sentido coração, apresentou uma polaridade na avaliação de 6 participantes com 10 e 2 com valores 0.

O momento transversal, nesta pesquisa, mostrou que a sociopoética fez com que nossos co-pesquisadores ocupassem um lugar de sábios produzindo e mostrando como os sentidos estão ligados a prática social. Trabalhamos com grupos socialmente diferentes, mas com as mesmas técnicas; isso permitiu que ele entendesse o sentido dado à pesquisa. A liberdade de escolha permitiu identificar-me com o método e ganhar experiência na prática do diálogo constante com o outro. E estar aberta a constantes revisões foi também uma ajuda, pois entendi a necessidade da construção e análise coletiva e crítica dos “achados” pelos participantes.

A transversalidade com os sentidos sócio-comunicantes do corpo destacou as características comuns das expressões emocionais do cliente, ao apontar a comunicação cinésica facial como sendo a predominante na recepção das informações. Ao reconhecer a sua condição de, através dos sentidos sócio-comunicantes, foi um modo de tomar consciência da transversalidade presente no imaginário dos clientes com DE.

De acordo com Ackerman (1992, p.16), "ao falar que o mais surpreendente, entretanto, não é como nossos sentidos transpõem as distâncias ou culturas, mas como transpõem o tempo. Eles nos ligam intimamente ao passado com mais intensidade do que nossas idéias".

Os co-pesquisadores responderam melhor quando submetidos a figuras e imaginaram usando os sentidos.

O último encontro do GP demarca fronteiras frente à convivência com a DE após implantação da prótese. Como mostram os depoimentos a seguir.

O grupo fez o seu posicionamento através de depoimentos e fizeram algumas perguntas de esclarecimento em relação ao uso da prótese.

**J** - *Minha convivência com a prótese melhorou minha baixa-estima. Antes eu olhava o sexo feminino ficava triste. Hoje estou feliz e entusiasmado. A convivência com a companheira ficou como antes da disfunção, ou melhor, ainda, eu estou na real sei que não posso sair por aí. Tenho que respeitar os meus limites.*

**R** - *Como sou solteiro ainda não usei a prótese. Mas recuperei minha auto estima. Eu voltei a estudar, quero subir alguns degraus. Eu estava parado no porto esperando o navio chegar até mim, agora depois da prótese estou nadando em direção ao navio não esperando que as coisas caiam do céu. Eu tenho que procurar cada vez mais melhorar a minha situação. Antes eu tinha receio, não procurava as pessoas. Tinha dificuldade de ereção e as pessoas que eu procurava para minha sorte elas não eram doentes. Se fosse eu talvez não estivesse aqui, porque quando estamos debilitados na ereção não conseguimos colocar a camisinha. Agora eu posso e todo lugar que eu vou levo na bolsa. A oportunidade nunca sabemos quando vai surgir. Dizem que ela é uma mulher que tem cabelo na frente e atrás é careca; então se você não segurar pela primeira vez perde. Com relação à prótese estou bem lúcido, esperando uma oportunidade, quem esperou até agora pode esperar mais um pouco.*

**D** - *Quero aproveitar a oportunidade para dizer que a minha convivência com a prótese está excelente. A implantação da prótese foi uma salvação. Foi como o "pulo do caixão para a terra", esta sendo ótimo em minha vida. O relacionamento com a companheira não digo duzentos por cento porque não existe, mas cem por cento eu posso dizer. Estamos também com um relacionamento emocional muito bom.*

**W** - *No momento estou renovado me sentindo outro homem, saí da condição de "caidinho". Com a implantação da prótese estou com um astral diferente, quase como no tempo eu que eu era muito jovem. A diferença é muito pouca "ele" tem a mesma reação e é isso que eu sinto. A convivência com a companheira esta bem, ela esta satisfeita, o nosso relacionamento melhorou muito. A minha imaginação gira em torno do que estou sentindo com a realidade de estar com a prótese.*

**LC** - *Minha convivência com a prótese é ótima. Antes me sentia um "cachorro morto, hoje me sinto um pastor alemão sarado". Hoje eu quero e posso. Se tiver que enfrentar uma mulher eu tenho condições, mas não quero trair minha companheira, fiquei grato demais a ela. Minha convivência está bem melhor, não quero perdê-la.*

**RC** - *estou tranquilo com a implantação da prótese. Pensei que o retorno do sexo ativo eu não respeitasse os meus limites. Mas estou bem, respeitando a dieta, a bebida, porque sou diabético. Estou consciente, não sair da real. Agora mais que nunca sei que tenho limites para não perder a prótese. A convivência com a companheira melhorou, está ótima.*

**C** - *A convivência com a prótese para mim foi excelente. Estou bem. Tenho quatorze meses de operado e me sinto jovem, apesar dos meus setenta e três anos. Minha convivência com a companheira sempre foi boa, agora está ótima. A prótese peniana não me tirou da realidade.*

**P** - *Minha convivência com a prótese está sendo excelente, não sou mais um homem "caído", hoje me levantei, estou com um novo emprego. Minha imaginação, o pensar que vai existir acabou. "Saí do cruzeiro passei para o real". O relacionamento com a companheira está bem. Estamos convivendo sem discussões.*

Os clientes que estão aguardando cirurgia fizeram perguntas ao grupo em relação À cirurgia, às sensações, entre outras dúvidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento metodológico e a avaliação em todas as etapas de produção foram de grande importância para a condução dos grupos. Serviu para o aprofundamento do nosso conhecimento, facilitando a comunicação e compreensão, de como cada um dos participantes pensava, sentia, reagia e decidia. Serviu para observar como os grupos convivem e realizam seus objetivos no enfrentamento das dificuldades e diferenças impostas pela disfunção. Foi possível, à partir da pesquisa, refletir como as relações da enfermeira e os grupos assistidos estavam constituídos antes da pesquisa.

Os dispositivos da vivência facilitaram o desenvolvimento das atividades do grupo, pela forma como os sentidos sócio-comunicantes permitiram a construção de novos conhecimentos.

O segundo grupo foi maior e mais diversificado nas dificuldades enfrentadas e na convivência com a DE. Essas diferenças fizeram com que a ajuda entre os membros do grupo fosse maior e também foi maior a minha habilidade em produzir os dados da pesquisa.

A sinceridade expressa pelos dois grupos nas falas admite a transgressão de mudança de vida em razão da DE. Verifiquei nas falas um esmerado prazer de compartilhar seus sentimentos, medos e angústias. Observei que, após o desabafo, tendo alguém para ouvi-los, surgiu um relacionamento social antes omitido.

Contrapondo-se a essas atitudes foi desenvolvido, em mim enquanto enfermeira, um comportamento e atitude de aceitação do diálogo com essa clientela da DE no pré-operatório. Por outro lado, acredito que esse fato esteja ligado a pouca valorização dos aspectos subjetivos da sua história de vida frente à DE, antes não emergentes nas consultas com tanta riqueza e diversidade. Agora, me baseando nas histórias contadas por eles, em nossos

encontros, como seres instituintes, algumas modificações se fazem necessárias na forma de atendê-los e que ora se opera como uma nova possibilidade de cuidar.

Nessas suas idéias, conflitos e sentimentos passam a ser valorizados na consulta, a partir dos sentidos sócio-comunicantes do corpo, na modalidade de grupo que é a alma da sociopoética. Dar voz no diálogo sobre a convivência frente à DE, nos permite, nesse devir, abrir outros espaços para a inserção das companheiras no processo perioperatório.

Citando Gauthier e Santos (1996, p. 12):

a sociopoética permite que a emoção do pesquisador torne a sua relação com os participantes cheios de sentimentos e em você fazer uma pesquisa por inteiro isto é não separando o indivíduo do seu intelecto produzindo junto com eles dando importância no papel do aprender no conhecer junto: eles muitas vezes na sua humildade de cultura podendo nos ensinar e ser o nosso objeto de pesquisa.

As experiências vividas e apresentadas da linguagem não-verbal, com a riqueza dos sentidos sócio-comunicantes do corpo, foram possíveis visualizar nas experiências assistenciais com o GP e determinar como os sentidos somaram-se a interação com o pesquisador, afetividade e inconsciente individual, passando de uma situação singular para uma situação plural, com criação popularizada, significações múltiplas, e às vezes opostas (ARAÚJO, 2000).

A sociopoética, para minha pesquisa, foi de grande importância com a liberdade de escolha que permitiu identificar-me com o método e experimentar o diálogo com o outro, e com ele ganhar experiência permitindo-me a constantes revisões, nas quais estive receptível para a construção e as análises coletivas e críticas. Por ser uma abordagem diferenciada de difícil comunicação, a sociopoética ofereceu aos sujeitos da pesquisa a oportunidade de expressar seu imaginário e também sua convivência, seus sentimentos permitindo tornar visível às estruturas escondidas.

A técnica desenvolvida fez o grupo tornarem-se membros iguais em direitos e deveres ficando visíveis, entre eles, o companheirismo e o afeto. Se antes os participantes estavam



escondidos, recalcados, no grupo pôde exprimir todos os seus medos e conflitos, através do diálogo. Vale destacar que no início da convivência não era viável para eles, por dificuldade de falar sobre a disfunção para outras pessoas, mesmo que para os colegas que estavam na mesma situação.

Quero destacar a diferença do comportamento dos clientes antes da pesquisa no perioperatório. No momento da internação, eles chegavam com o emocional contido, não compartilhado, pela dificuldade do diálogo. Ficavam felizes por terem conseguido a cirurgia e, ao mesmo tempo, assustados por desconhecerem como ficariam após o implante da prótese, com dúvidas sobre o uso, postura e aceitação duvidosa por parte da companheira, entre outras.

Após fazer parte dos GP, posso destacar a importância do olhar no momento da internação, as expressões faciais de emoção e tranquilidade, adotando uma postura confiante, com um olhar amigo.

Segundo Gauthier e Santos (1996, p. 12), “[...] a razão é sempre fraca em todo ser. Para atingir o ponto mais alto do desenvolvimento da razão, a autocrítica ou auto-análise, precisamos da ajuda do outro [...]”.

Pesquisar através da sociopoética, para mim, foi prazeroso porque não conhecia o método e está sendo uma descoberta a cada leitura.

Na área da enfermagem, a abordagem do cuidar no método sociopoético é livre, mais afetiva, com diálogo, tendo um cuidado com o emocional. O apoio surge como uma troca de informação, de energia, colocando-nos como parceiros no mesmo nível, e possibilitando inclusive a verbalização dos sentimentos. Nesta pesquisa, a aprendizagem é considerada como aquela que pode levar a pessoa à insaciável curiosidade de absorver tudo o que pode ver ouvir ou ler. Ela não pode, de maneira alguma, estar destituída de significado. É um pesquisar com elementos do cuidar, permitindo uma análise crítica por parte de todos os envolvidos na

pesquisa. O resultado da pesquisa depende da técnica utilizada e como os dados foram produzidos.

Ao desenvolver esta pesquisa sociopoética na instituição, devo considerar a cientificidade na enfermagem no momento de inovação, pois a partir dela é possível inserir novos protocolos de registro valorizando o conhecimento do cliente frente a convivência com a DE na consulta de enfermagem.

A repercussão da vivência no grupo teve uma aceitação muito boa. A procura de outros clientes para participar do grupo vem aumentando a cada dia na instituição. Eles são os principais divulgadores dos seus resultados. Um assunto que era velado passou a não ter mais razão de ser. A troca de idéias, o sentido da linguagem deu uma dimensão de acolhimento ao grupo. Surgiu como percepção relevante a dificuldade de conviver com a DE acentuada pela indiferença da companheira.

Como recondução da pesquisa, cito a necessidade de incluir as esposas como um novo grupo a ser atendido na etapa pré-operatória de implantação da prótese peniana.

As dúvidas referentes à implantação surgem de forma mais tranqüila quando discutimos com os participantes as transformações vivenciadas em seu corpo.

As poesias intituladas "lucidez", "o corpo fora do lugar" e "metamorfose" ilustram os temas e subtemas encontrados nos depoimentos do grupo pesquisador.

Destaco a poesia "lucidez", a consciência desenvolvida nos participantes para assumir as implicações psicoafetivas frente à DE.

A poesia "fora do lugar" constata a dificuldade de conviver com as limitações impostas pela disfunção. Entretanto, é na poesia "metamorfose" que os participantes vêem a possibilidade do resgate do bem viver.

A pesquisa conseguiu redimensionar o cuidado no âmbito da consulta ambulatorial. Ela fez com que a relação do cuidado prestado pela enfermeira passasse para uma relação de

assistência ao grupo; portanto coletiva. Pretendo instituir o formulário de vivência dos sentidos sócio-comunicantes do corpo como uma etapa importante no levantamento de dados na fase pré-operatório.

Com a pesquisa, reflito sobre a necessidade de uma intervenção interdisciplinar no grupo na qual podemos incluir o enfermeiro, serviço social, psicólogo e o médico, no âmbito da discussão coletiva, criando, assim, um espaço plural com os clientes para um atendimento a todos os aspectos que se fazem necessários para a clientela.

## REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, D. **História natural dos sentidos**. São Paulo: Berthand Brasil, 1992. 331 p.
- ARAÚJO, Sílvia T. C. **Os sentidos corporais dos estudantes de enfermagem no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória**: uma semiologia da expressão através da sociopoética. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- BARBIER, R. **A Pesquisa - ação na instituição educativa**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 99p.
- BONACCORSI, A. **Disfunção sexual masculina**. São Paulo: Ateneu, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Bioética**, v.4, n.2, SUPL, 1996.
- FIGUEIREDO, Nébia M. de A. *et al.* **Cuidando de clientes com necessidades especiais motora e social**. São Paulo: Difusão, 2004.
- FIGUEIREDO, Nébia M. de A.; CARVALHO, Vilma de. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- FREIRE, Francisco Rodrigues. Disfunção erétil - investigação diagnóstica e tratamento. In: VILAR, Lúcio *et al.* **Endocrinologia Clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. cap. 33.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2003. 36 p.
- GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais/enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery/ UFRJ, 1999.
- GAUTHIER, J. *et al.* **Prática da Pesquisa nas Ciências Humanas e sociais** - abordagem sociopoética. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. (Série Atualização em Enfermagem; v.3)
- GAUTHIER J.; SANTOS, I. **A sócio-poética**. Fundamentos teóricos técnicas diferenciadas de pesquisa Vivência. Rio de Janeiro: UERJ, DEPEXT, NAPE. 1996.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- HORTA, Wanda de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. p. 39.
- LELOUP, Jean-Yves. **O corpo e seus símbolos**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2000
- MASLOW, H. A. **Introdução à psicologia do ser**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Eldorado, 1968. p.201.

NOLASCO, Sócrates. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p. 44.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SANTOS, I.; GAUTHIER, J. **Enfermagem**: análise institucional e sócio-poética. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1999. p.190.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. In: **I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil**. São Paulo: BG Cultural, 1998. cap.1.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com Paciente** - Teoria e Ensino. São Paulo: Robe, 1993. 93 p.

TEIXEIRA, E. R. *et al.* **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: EDUFF, 2001.

TEIXEIRA, Enéas Rangel. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo** – uma perspectiva estética na prática de enfermagem. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido, relacionado à pesquisa intitulada: “Uma aproximação sociopoética do cliente e suas necessidades frente à implantação de prótese peniana: uma contribuição para a enfermagem no pré- operatório”.

Desenvolvida por: Castorina da Silva Duque.

Sob orientação de: Prof. Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo (EEAN/UFRJ)

#### **Objetivos da pesquisa:**

- Desvelar o imaginário coletivo dos clientes com disfunção erétil frente às necessidades vivenciadas no pré-operatório e analisar como a vivência sociopoética pode subsidiar a consulta de enfermagem na identificação das necessidades dos clientes.
- Fornecer contribuições para reflexão acerca das abordagens utilizadas nas orientações aos clientes em uso de prótese peniana.
- Contribuir para a aproximação da sociopoética nos estudos de enfermagem como mais um elemento de pesquisa científica.

#### **Relevância do estudo:**

- A construção de conhecimento como referência para enfermeiros graduandos e pós-graduando que atuam com essa clientela no processo cirúrgico ou de internação.
- Afirmar a importância do cuidado com clientes com necessidades especiais de saúde pela disfunção erétil.

Nesta pesquisa não há riscos advindos da participação na pesquisa.

**Benefício:** uma contribuição para uma melhor assistência nas orientações aos clientes com disfunção erétil.

O material gravado foi para uso da produção dos dados, não havendo mais utilidade para o uso, após o término da pesquisa.

**Informações referentes à produção de dados junto aos participantes da pesquisa:**

Dentro do estudo mencionado, estão previstos três encontros, com o mesmo grupo de participantes para que possamos juntos realizar troca de informações sobre as mudanças físicas e emocionais observadas durante o período da disfunção erétil.

O grupo será composto entre seis a doze participantes, conforme disponibilidade de cada um, no momento previsto para os encontros. Espero trabalhar com o mesmo grupo durante três encontros.

No primeiro encontro falaremos sobre como observamos e somos observados pelos outros através dos olhos, mão, nariz, ouvido, boca e coração transcrição e análise às mudanças corporais e emocionais.

Como avaliamos o conforto e o desconforto a partir dessas observações e a partir das figuras dos lugares apresentados como: ponte, rio, caminho, estrada, túnel, terra, gruta, arco-íris, trilho.

Essa etapa será gravada para posterior

No segundo encontro, que será logo após a transcrição da fita, iremos conversar sobre as mudanças corporais e emocionais mais comuns presentes nas falas dos participantes, para aprofundar a compreensão sobre as vivências pessoais diante da disfunção erétil.

No terceiro encontro, apresentarei a análise das informações obtidas no primeiro e segundo encontros para avaliação crítica e avaliação final dos participantes.

Vale destacar que ao final de cada momento, levantaremos com os participantes suas impressões sobre a atividade desenvolvida coletivamente.

Será garantido ao longo de toda pesquisa:

- Esclarecer qualquer dúvida, em qualquer fase da pesquisa.
- Acompanhar os resultados produzidos e analisados.
- Desistir em qualquer etapa sem ônus e sem prejuízo ao tratamento médico e hospitalar de que necessita.
- O anonimato dos participantes a serem identificados por nomes fictícios.
- Receber uma cópia do formulário de informação do participante, e número telefônico de contato da pesquisadora, Res. 22054071, preferencialmente a partir das 20:00, ou cel. 93762797.
- Depois de devido esclarecimento, eu concordo em participar da pesquisa da enfermeira Castorina da Silva Duque, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Teresa C. de Araújo, e consinto que os meus depoimentos colhidos durante os três encontros possam ser analisados e apresentados, segundo os objetivos traçados.
- Como demonstração do conhecimento importante na área do cuidado de enfermagem.

Em particular, você é livre para aceitar ou recusar participar da pesquisa ou de qualquer uma das etapas prevista do estudo sem qualquer consequência negativa para a qualidade de seu atendimento.



Recebi uma explicação completa sobre o grupo de pesquisa, das figuras representativas do olho, mão, nariz, ouvido e boca e que auxiliarão nas descrições das percepções corporais e emocionais, bem como das figuras representativas dos lugares, como rio, ponte, caminho etc. a serem apontadas ou destacadas segundo a preferência individual de cada participante do grupo.

Eu, \_\_\_\_\_ residente

na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

concordo em participar da pesquisa acima mencionada, informando sobre as modificações físicas e emocionais vivenciadas na fase de disfunção erétil bem como as expectativas vivenciadas no momento.

O protocolo foi formalmente aprovado pelo Comitê de Ética em \_\_\_\_\_ e foi julgado pelo Comitê para obedecer tanto os preceitos éticos como outros itens previstos na legislação nacional relativa à proteção de participantes em pesquisa cuja abrangência envolve a saúde.

Data e assinatura da pessoa que conduziu a discussão do consentimento livre e esclarecido:

Data e assinatura do participante:

N.B. Investigador e paciente deve rubricar cada página.

Versão final: 29 /07/2004. “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Documento anexado a emenda no \_\_\_\_\_ do protocolo \_\_\_\_\_ Br.

**APÊNDICE B**  
**MÚSICA DE RELAXAMENTO**

*Que Nem Maré*

Jorge Vercilo

*Faz um tempão.  
Que eu não dou trégua.  
Ao meu coração.  
É você o meu lugar.  
Quando tudo por um fio está.  
Nada vai me fazer desistir do amor.  
Nada vai me fazer desistir de voltar.  
Todo dia pro seu calor.  
Nada vai me levar do amor.  
Faz um tempão.  
Que eu não dou asas.  
À minha emoção.  
Passear, distrair.  
E me achar lá no fundo de ti.  
A saudade bateu.  
Foi que nem maré.  
Quando vem de repente de tarde.  
Invade, transborda esse bem me quer.  
A saudade é que nem maré.*

**APÊNDICE C**

**FORMULÁRIO DE VIVÊNCIA: Os sentidos sócio-comunicantes do corpo**

Escreva com uma frase as alterações corporais percebidas por cada sentido do seu corpo.



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------



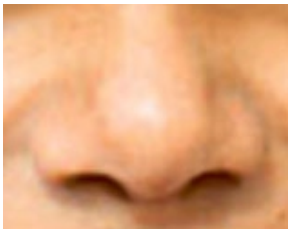
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

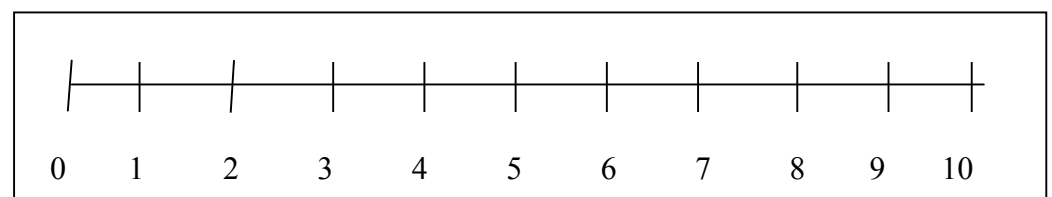
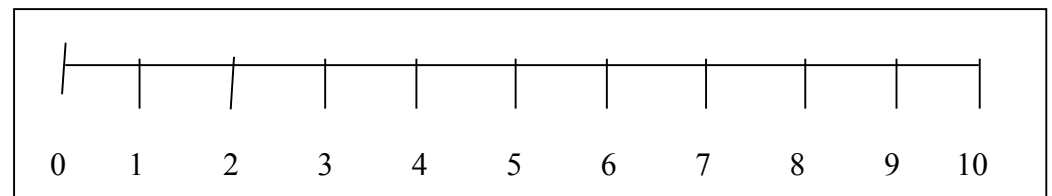
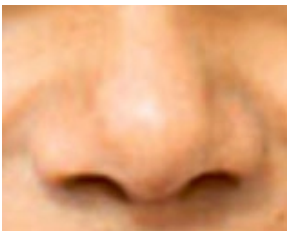
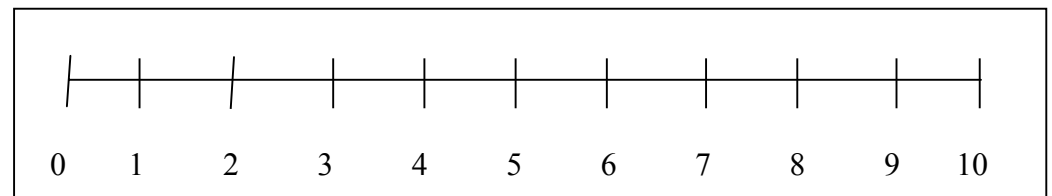
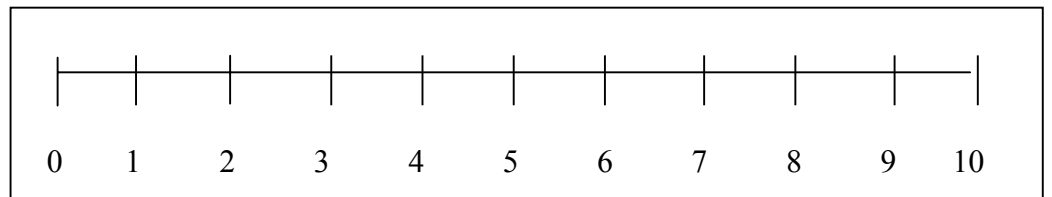


<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------------

## APÊNDICE D

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SENTIDOS CORPORAIS

Marque com um círculo em volta do número correspondente a sua avaliação quanto às alterações corporais e emocionais em cada sentido do corpo.



**APÊNDICE E**  
**VIVÊNCIA DOS LUGARES GEOMÉTRICOS**

Caminho



Rio



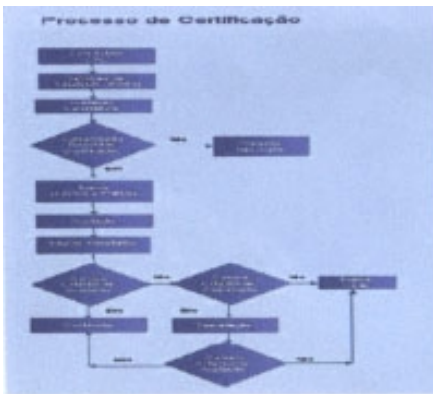
Ponte



Falha



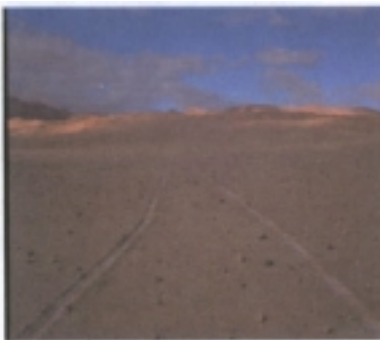
Fluxo



Limiar



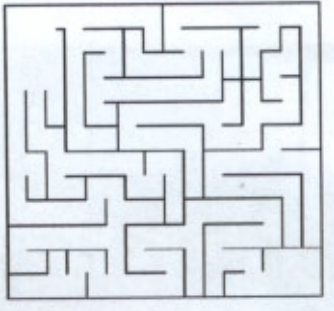
Terra



Trilho



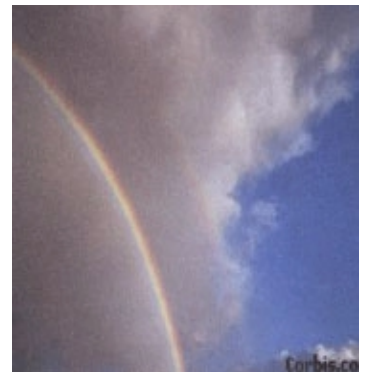
Labirinto



Cume



Arco-íris



Galáxia



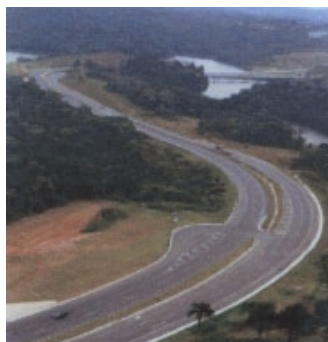
Túnel



Gruta



Estrada



Poço



**ANEXO A**  
**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA**



INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rio de Janeiro, 05 de agosto de 2004

Ilma Sra

Dr<sup>a</sup> Castorina da Silva Duque

**Ref.: Protocolo: "Uma aproximação sociopoética do cliente e suas necessidades frente à implantação de prótese peniana: uma contribuição para a enfermagem no pré-operatório"**  
**Registro CEP-IEDE: 120 (Este nº deve ser citado nas correspondências sobre este protocolo)**

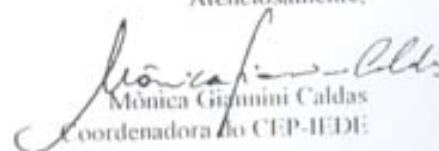
O CEP-IEDE analisou as modificações realizadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE do protocolo acima referido, em resposta às exigências deste comitê, concordando com a nova versão apresentada (versão final de 29/07/2004), emitindo parecer final **APROVADO**, estando o estudo liberado para desenvolvimento em nosso centro.

Chamamos a atenção para a existência de termos técnicos não muito acessíveis (ex: "desvelar o imaginário coletivo", "vivência/aproximação sociopoética"), o que pode gerar dificuldade de entendimento por parte dos pacientes participantes da pesquisa. Consideramos que isso poderá ser superado através de uma explanação verbal detalhada, utilizando linguagem acessível, no momento da condução do consentimento.

Eventuais modificações no protocolo devem ser apresentadas através de emendas, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser alterada.

O investigador principal deve enviar ao CEP-IEDE relatório semestral e/ou ao término do estudo (o que vier primeiro). A data prevista para entrega do primeiro relatório é fevereiro de 2004.

Atenciosamente,

  
Mônica Giamini Caldas  
Coordenadora do CEP-IEDE

# 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](#)