



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem e Biociências
(PPGENFBIO)

MARIA DA PENHA SCHWARTZ

**Estilo de Vida e Sexualidade de Homens e Mulheres Pós Cirurgia
por Câncer Colorretal: padrões para cuidados de enfermagem**

Rio de Janeiro

2017

MARIA DA PENHA SCHWARTZ

**Estilo de Vida e Sexualidade de Homens e Mulheres Pós Cirurgia
por Câncer Colorretal: padrões para cuidados de enfermagem**

Tese submetida à avaliação da Banca de Defesa Final do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como Requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2017

S411 Schwartz, Maria da Penha Schwartz
Estilo de Vida e Sexualidade de Homens e
Mulheres Pós Cirurgia por Câncer Colorretal:
padrões para cuidados de enfermagem / Maria da
Penha Schwartz Schwartz. -- Rio de Janeiro, 2017.
231

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Figueiredo.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem e Biociências, 2017.

1. câncer colorretal. 2. cuidados de enfermagem.
3. pós operatório. 4. enfermagem oncológica. I.
Figueiredo, Nébia Maria Almeida de Figueiredo,
orient. II. Título.

MARIA DA PENHA SCHWARTZ

**Estilo de Vida e Sexualidade de Homens e Mulheres Pós Cirurgia por Câncer Colorretal:
padrões para cuidados de enfermagem**

Tese submetida à avaliação da Banca de Defesa Final do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Presidente - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Silvia Teresa Carvalho de Araújo
Primeira Examinadora – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva
Segunda Examinadora – Instituto Federal de Educação - RJ

Prof^ª. Dr^ª. Eva Maria Costa
Terceira Examinadora – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Terezinha de Souza Agra Belmonte
Quarta Examinadora – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Suplentes

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Primeiro Suplente - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira
Segundo Suplente – Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2017

Agradecimentos

A Deus por tudo em minha vida.

Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo, exemplo de ser humano, pessoa, professora, companheira, orientadora.

A minha família, meu porto seguro.

A todos os professores do programa da Pós Graduação em Enfermagem e Biociências – Doutorado (PPGENFBIO).

A secretaria do PPGENFBIO Fabiana Lima.

Aos membros da banca examinadora, agradeço pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Aos colegas da turma 2014.

Aos clientes que se propuseram a falar de suas experiências.

Ao Serviço de Cirurgia Abdômino Pélvica do Hospital do Câncer I INCA.

Ao Serviço de Urologia Oncológica do Hospital do Câncer I INCA.

Aos técnicos de enfermagem Dulce, Carlos Eduardo, Marilda, Roseli, aos administrativos Idacimar e Luciano, operacional Humberto, todos do ambulatório HC I INCA.

A todos que participaram direta e indiretamente.

RESUMO

SCHWARTZ, Maria da Penha. Estilo de Vida e Sexualidade de Homens e Mulheres pós Cirurgia por Câncer Colorretal: padrões para cuidados de enfermagem, 2016. 235f. Tese Doutorado em Enfermagem e Biociências. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: Delimitamos como objeto deste estudo: O corpo com câncer colorretal e a necessidade do conhecimento de fundamentos da psicanálise e suas interfaces com outras áreas das ciências humanas para o cuidado de enfermagem. A escolha deste objeto de estudo está nas nossas experiências cotidianas, quando cuidamos de homens e mulheres pós cirurgia por câncer colorretal, quando descobrimos que não é só o cuidado que envolve um encontro, um acolher, fazer um procedimento, mas de um corpo que se expressa diante de nós, que é total, externo, íntimo e emocional que tem uma base única de sofrimento, o exercício de sua sexualidade intervindo diretamente no seu modo de viver. Estes clientes vivem a expectativa de que após o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia, terem convivido com estoma intestinal provisório, suas vidas retornariam ao normal como era antes de ter câncer, e também quanto a sua sexualidade. Ocorre, porém, que eles passam a ter que conviver com as sequelas advindas da cirurgia e do tratamento radioterápico, que pode ser a incontinência fecal, associado à urgência fecal. Há dificuldade de distinguir a eliminação de flatus, bem como a perda da sensibilidade, pois por vezes perdem fezes sem sentir. O **Objetivo Geral** do estudo é: - Destacar padrões de cuidados nas experiências vividas após a cirurgia de câncer colorretal na disfunção fecal, urinária e sexualidade. Os **Objetivos Específicos** são: -a-Rastrear as formas de reagir e viver após a notícia de ter que realizar a cirurgia colorretal; - b-Identificar o significado do viver de homens e mulheres após a cirurgia de câncer colorretal e as alterações no exercício de sua sexualidade. **Metodologia:** estudo qualitativo, que utilizou as narrativas de vida dos clientes. A coleta de dados foi realizada em um hospital público referência no tratamento de câncer no município do Rio de Janeiro. A população entrevistada foi de 14 clientes. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista aberta, instrumento de dados sócio demográficos, instrumento de coleta de dados relacionados à patologia, cirurgia realizada, tratamentos, tempo de permanência do estoma intestinal e tempo pós fechamento do estoma intestinal. Para tratamento dos dados foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin. Resultados: Os resultados foram divididos em duas sub categorias: 1º - Entre a dor e o constrangimento: o corpo íntimo fala da falta de controle das fezes, flatus, urina e odores e da própria falta de sentido; 2ª – Entre o cuidado e a vida de todos os dias: o corpo fala dos controles com a vida e no modo de viver – medo de comer, medo de sair, medo de perder. Considerações finais: Os homens e mulheres indicam nos que cuidar deles é um desafio da ordem da habilidade mental, psicológica, psicanalítica, desde que são informados do câncer, passando pela estomia intestinal e depois enfrentando as consequências da cirurgia.

Descritores: câncer colorretal; cuidados de enfermagem; pós operatório; enfermagem oncológica

ABSTRACT

SCHWARTZ, Maria da Penha. Lifestyle and Sexuality of Men and Women After Colorectal Cancer Surgery: Standards for Nursing Care, 2016. 235f. Doctoral Thesis in Nursing and Biosciences. Center for Biological and Health Sciences, Graduate Program in Nursing and Biosciences, Federal University State of Rio de Janeiro, 2017.

Introduction: We define as the study object: The body with colorectal cancer and the need to know the fundamentals of psychoanalysis and its interfaces with other areas of the human sciences for nursing care. We chose this object of study because of our daily experiences, when we take care of men and women after colorectal cancer surgery, when we discover that it is not only the care that involves an encounter, a welcoming, a procedure, but a body expressing before us, which is total, external, intimate and emotional, with a unique basis of suffering, which is “the exercise of its sexuality intervening directly in the way of living”. These clients have the expectation that after treatment with chemotherapy, radiotherapy and surgery, having lived with a temporary bowel stoma, their lives would return to normal as it was before they had cancer, as well as their sexuality. However, they happen to have to cope with the sequelae from surgery and radiotherapy, which may be fecal incontinence, associated with fecal urgency. They have difficulty distinguishing the elimination of flatus, as well as loss of sensitivity, because they sometimes lose feces without feeling. The **general objective** of the study is: - To highlight patterns of care in the experiences after colorectal cancer surgery in fecal, urinary and sexual dysfunction. The **specific objectives** are: -a-Track the ways to react and live after the news of having to undergo colorectal surgery; - b-Identify the meaning of living of men and women after colorectal cancer surgery and changes in the exercise of their sexuality. **Methodology:** qualitative study, which used the clients' life narratives. Data collection occurred at a public clinic reference in the cancer treatment in the city of Rio de Janeiro. The interviewed population were 14 clients. Data were collected through an open interview guide, sociodemographic data instrument, instrument for data collection related to pathology, performed surgery, treatments, length of stay of the intestinal stoma and time after closing the intestinal stoma. Data analysis was performed using Bardin content analysis. **RESULTS:** The results were divided into two sub categories: 1st - Between pain and embarrassment: the internal body speaks of the lack of control of feces, flatus, urine and odors and the lack of sense itself; 2nd - Between care and everyday life: the body talks about controls with life and the way of life - fear of eating, fear of going out, fear of losing. **Final Thoughts:** Men and women tell us that taking care of them is a challenge of the mental, psychological, psychoanalytical ability, from being informed of the cancer, through the intestinal stoma and then facing the consequences of the surgery.

Descriptors: colorectal cancer; nursing care; post operative; oncology nursing.

Sumário

Capítulo I	Página
- Considerações sobre o Tema e o Problema	13
-Objeto da Pesquisa.....	14
- Pressupostos.....	15
- Objetivos	16
- Justificativa	16
- Contribuições da Pesquisa	18
Capítulo II	
- Bases Conceituais e Teóricas	
2.1-O Corpo com Câncer Colorretal na perspectiva da sexualidade na enfermagem.....	20
2.2- Aspectos Anatomo Fisiológicos da Defecação.....	21
2.3- Incontinência Fecal.....	23
2.4. Cirurgia em Câncer Colorretal.....	26
2.5- Sexualidade.....	27
2.5.1-Freud e suas ideias.....	31
2.5.2- Alexander Lowen.....	32
2.5.3- Francisco Ortega.....	33
2.5.4- Michel Foulcault.....	34
2.5.2- Estilo de Vida.....	36
2.6-Imagem Corporal.....	38
2.7-CUIDADOS e a busca de fundamentos específicos: para o corpo pós cirurgia por câncer colorretal.....	39
2.8- Padrões de Cuidados.....	42

Capítulo III

Bases metodológicas

-Escolha do estudo.....	46
-Primeira Parada: Local do Estudo.....	48
-Segunda Parada: Participantes do Estudo.....	48
-Terceira Parada: Aspectos Éticos.....	49
-Quarta Parada: Captação dos Clientes para a Pesquisa.....	49
-Quinta Parada: O Encontro com os Clientes.....	49
Da organização e Análise dos Dados.....	51
-Sexta Parada: Pré Análise-Leitura Flutuante.....	52
-Sétima Parada: Códigos classificadores e legenda.....	52
-Oitava Parada: Dados Sócio Demograficos.....	54
-Nona Parada: Unidades de Registros e o caminho para a organização da análise.....	56
-Décima Parada: Categorização.....	116
- Primeira Sub- Categoria: Entre a dor e o constrangimento: o corpo íntimo fala da falta de controle de fezes, flatus, urina e odores e da própria falta de sentido.....	124
- Segunda Sub Categoria - Entre o Cuidado e a Vida de todos os dias: o corpo fala dos controles com a vida e no modo de viver – medo de comer e medo de sair, medo de perder.....	130

Capítulo IV

Considerações Finais.....	146
Propostas.....	150

Capítulo V

Referências.....	151
- Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
- Apêndice 2: Roteiro da entrevista aberta.....	160

- Apêndice 3: Instrumento de coleta de dado sócio demográficos.....	161
-Apêndice 4: Instrumento de coleta de dados relacionados a patologia, cirurgia, tratamentos, tempo de permanência com a colostomia e tempo pós fechamento da colostomia. tempo pós cirurgia.....	162
Apêndice 5: Orçamento Financeiro.....	163
-Apêndice 6:Cronograma.....	164
-Apêndice 6: Entrevistas.....	165
Entrevista 1:	165
Entrevista 2:	169
Entrevista 3:	173
Entrevista 4:	180
Entrevista 5:.....	182
Entrevista 6:.....	186
Entrevista 7:.....	190
Entrevista 8:.....	194
Entrevista 9:.....	196
Entrevista 10:.....	199
Entrevista 11:.....	201
Entrevista 12:.....	204
Entrevista 13:.....	207
Entrevista 14:.....	210
- Anexo 1: Parecer CEP UNIRIO.....	212
- Anexo 2: Parecer do CEP INCA.....	216

Lista de Quadros	Página
Quadro 1: Idade/Sexo/Tempo de Estoma Intestinal/Tempo Pós Fechamento	
Estoma Intestinal/Tempo Pós Cirurgia.....	54
Quadro 2 : Estado Civil.....	55
Quadro 3: Grupo/ e ou familiar com quem o cliente convive.....	55
Quadro 4: Tratamento Neo Adjuvante e/ou Adjuvante com Quimioterapia e/ou Radioterapia.....	55
Quadro 5: Complicações do Estoma Intestinal (nos clientes que ficaram com estoma intestinal provisório).....	56
Quadro 6 : Vida antes da cirurgia, diagnóstico, reação do cliente frente ao Diagnóstico- Unidades de Análise.....	56
Quadro 7: Resultado das Análises da Questão 1:Vida antes da cirurgia.....	63
Quadro 8: Sobre a vida sexual- Unidades de Análise.....	65
Quadro 9: Matematização das Análises da Questão 2:Corpo Pós Cirurgia Câncer Colorretal-Vida Sexual.....	69
Quadro 10: Sobre as consequências da cirurgia: período de convivência com o estoma intestinal- unidades de análise.....	73
Quadro 11: Matematização - Sobre as consequências da cirurgia: período de convivência com o estoma intestinal.....	79
Quadro 12: Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatus, sem estoma Intestinal-unidades de análise.....	81
Quadro 13: Matematização das Análises Questão 4: Sobre as Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatus.....	90
Quadro 14: Convivendo com as consequências pós cirurgia por câncer colorretal.....	91
Quadro 15: Matematização da questão 5- Convivendo com as sequelas.....	103
Quadro 16: Aparência/exercício da sexualidade/como vive sua vida.....	104
Quadro 17- Matematização - A aparência e o exercício da sexualidade.....	113
Quadro 18: Total de unidades de análise das questões (1 a 6)=1450 unidades de análise e sua classificação na legenda de cores.....	114

Quadro 19: Padrões de Enfermagem.....	142
---------------------------------------	-----

Imagens

Imagem 1 – Recartografia do Corpo.....	122
--	-----

Imagem 2 - Cartografia do novo corpo.....	139
---	-----

Imagem 3: Síntese do Estudo.....	147
----------------------------------	-----

Esquema

Esquema 1: Padrão de Sexualidade Ineficaz.....	141
--	-----

Esquema 2: Prioridades de Clientes e Enfermagem.....	143
--	-----

Figuras

Figura 1: Intestino Grosso antes da realização da cirurgia.....	24
--	----

Figura 2: Anastomose Coloanal.....	25
---	----

Capítulo I

Introdução

Considerações (in)conscientes sobre o temor e o problema do Corpo pós Cirurgia Colorretal por Câncer

A opção em estudar cuidados indicadores de padrões para homens e mulheres com câncer colorretal pós cirurgia, invariavelmente coloca nos em campos de práticas e conhecimentos que nos desafiam, como: parar e pensar o corpo em sua incerteza e o corpo cortado, incompleto, traído, deprimido, incerto. Tais desafios servem para pensar sobre nós mesmos como enfermeiras (os) habituadas (os) a enfrentar os dilemas humanos, independente do diagnóstico para pensar o que sabemos, para cuidar de um dos aspectos mais íntimos do corpo humano como o envolvimento dos órgãos que se referem a potência da região pélvica.

Isto porque, não é a cirurgia que nos incomoda, mas as drásticas consequências que ela provoca no exercício do viver após a cirurgia e atinge na questão da sexualidade, principalmente naquilo que lhe é mais subjetivo e ao mesmo tempo real que é o conhecimento que seu corpo sofreu processos de mutilação interna.

Essas consequências são resultantes do tratamento para o câncer de reto médio e inferior que implica em altos índices de complicações e morbidade que resultam em alterações objetivas como, por exemplo, resultado cirúrgico satisfatório e as subjetivas como as mudanças no corpo em longo prazo. Destacam-se as mudanças nos distúrbios anatomofuncionais importantes como urgências e incontinência fecal e de flatus, e particularidades no que diz respeito ao comportamento do corpo modificado e o grau de adaptação frente à doença (SANTOS et al. 2014).

Para ambos os sexos a cirurgia, pode levar a incontinência urinária ou bexiga neurogênica, necessitando realizar cateterismos vesicais intermitentes várias vezes ao dia. Para as mulheres, conforme a localização do tumor pode ser necessária a realização de colpectomia total ou parcial o que dificulta ou impede a realização do coito vaginal e para os homens a disfunção sexual.

Pensando nos clientes que cuidamos e no que temos que fazer para ajudá-los, também achamos pertinente pensar no plano subjetivo que envolve seus estilos de vida após a cirurgia, isto é, o CORPO como produtor de subjetividades, que não é uma tarefa fácil de apreendê-lo em sua totalidade, mas não podemos falar dela sem compreendê-la, já que nosso estudo envolve o corpo com câncer colorretal, o que exige de nós problematizar amplamente esta realidade de nossa

prática.

Neste momento para continuar problematizando, delimitamos como o **objeto de estudo** como: O corpo com câncer colorretal e a necessidade do conhecimento de fundamentos da psicanálise e suas interfaces com outras áreas das ciências humanas para o cuidado de enfermagem.

Esta escolha se deve as nossas experiências cotidianas, quando cuidamos deles, quando descobrimos que não é só o cuidado que envolve um encontro, um acolher, fazer um procedimento, mas de um corpo que se expressa diante de nós, que é total, externo, íntimo e emocional que tem base única de sofrimento “ o seu exercício libidinal intervindo diretamente no seu modo de viver com o outro”.

Estes clientes vivem a expectativa de que após ter feito o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia, terem convivido com estoma intestinal temporariamente e, que após o término deste ciclo, sua vida voltaria a ser normal como era antes de ter câncer, e também o modo operandis de sua anogenitalidade.

Ocorre, porém que eles passam a terem que conviver com as sequelas advindas da cirurgia e do tratamento radioterápico, que impactam na sua totalidade de viver com qualidade de vida. Alguns passam a terem que utilizar fraldas devido à perda fecal, que pode ser por incontinência fecal, associado à urgência fecal, além de evacuação incompleta, aumento do número de evacuações e graus variados de incontinência fecal.

O efeito tóxico local da radioterapia prejudica o funcionamento de órgãos pélvicos e pode contribuir para a disfunção urinária. Também há dificuldade de distinguir a eliminação de flatus, bem como a perda da sensibilidade, pois por vezes perdem fezes sem sentir.

No campo de suas vivências pessoais, a cirurgia se reflete neles como um acontecimento não esperado, um corpo não mais desejado ou com dificuldades de ser o que era antes. Agora é um corpo que tem um esquema corporal modificado que mexe com “aquilo” que lhe é muito íntimo: seus canais de comunicação sensomotor e sexuais como a pele e mucosa que envolve a vagina e ânus.

É um problema que exige de nós modos de agir para capturar a subjetividade, Liberman (1995, p.371) fala que “apreender o corpo exige um conhecimento interminável tanto quanto são as diversidades e as bases culturais que, da medicina à religião, passando pela filosofia e pela antropologia, o constituem e o transformam. A subjetividade expressa está no movimento, independentemente de serem altos, baixos, ruivos, loiros; nas suas roupas que vestem, na respiração, no fechar e abrir os olhos, na caixa que é o corpo, músculo, pele, coração a injetar

sangue e vida nessa caixa”.

Esses elementos expressos pelo corpo nas diversas situações onde se busca produção de subjetividade, Liberman (1995) cita Felix Guatarri e Gilles Deleuze para destacar algumas questões sobre a subjetividade contemporânea, dando pistas para pensar o corpo como instrumento de processos de singularização, para construir novos sentidos (para o corpo transformado pelo ato cirúrgico para tratamento do câncer colorretal e o resgate de sua potência de vida) para olhar sobre o corpo e, portanto, para a clínica do corpo (marcas e políticas do corpo que afeta e é afetado pelo outro, produzindo turbulências irresistíveis em cada um. A alteridade, condições de afetar e ser afetado e as referências a partir do qual a subjetividade se faz e refaz permanentemente, assim acontece o permanente processo de subjetivação.

Essas alterações em sua anatomia e fisiologia, levam-os a vivenciar situações constrangedoras que repercutem em seu modo de viver e de se relacionar em família, e socialmente. Perdem a vontade de participar de festas, aniversários ou encontros na família ou no trabalho, além disso, há a questão da sexualidade, pois eles não sabem como lidar e não tem orientações de como lidar com esta temática, até mesmo porque é difícil, também para os profissionais da saúde.

Todas essas dificuldades de adaptação contribuem para o desafio de enfrentar situações de ordem física e emocional, cujas singularidades produzidas, que não são apenas da ordem da subjetividade, mas concretas como sinais e sintomas do corpo após a cirurgia, nos afeta e nos coloca diante de desafios de cuidar se não tivermos o conhecimento e um padrão para desenvolver estratégias adequadas para cada situação aqui colocada, como disfunções, mudança do esquema e imagem corporal, do corpo íntimo e às vezes perda do desejo sexual.

De outra forma, as próprias dificuldades das enfermeiras em lidar com questões que envolvem necessidades e desejos de um corpo que produz subjetividades e da ausência de conhecimento de referenciais teóricos de enfermagem e de outras áreas para dar conta de um corpo no qual os sentimentos, as angústias, os medos estão a “flor da pele” e de uma “ausência de sexualidade” os coloca como manifestação de uma necessidade humana que foi perdida, que ficou no câncer foi retirado.

E mesmo para nós, uma enfermagem Nigheteleana, Hendsoriana, que exige a inclusão em seu modo de cuidar, conhecimentos do psiquismo humano para confirmar o pressuposto ou a hipótese de que: Os homens e mulheres após cirurgia por câncer colorretal necessitam de intervenções de cuidados que incluam terapias corporais para dar conta desse nosso viver no exercício de sua sexualidade, como singularidade fundamental e qualidade para viver o novo

corpo.

Sendo assim as **questões que norteiam** este estudo são:

- Como homens e mulheres enfrentam a notícia da existência do câncer colorretal?
- Como homens e mulheres após cirurgia para retirada do câncer colorretal convivem com as mudanças em seus corpos e como isso altera o seu modo de viver e o exercício de sua sexualidade?
- Que padrões de cuidados devemos utilizar com estes homens e mulheres no enfrentamento do modo de viver das disfunções pós cirurgia colorretal: disfunção fecal, disfunção urinária e sexual?

Acreditamos que estas questões podem produzir padrões orientadores de cuidados interventivos de enfermagem, que sugere a inclusão de fundamentos da psicanálise.

O **Objetivo Geral** do estudo é:

- Destacar padrões de cuidados nas experiências vividas após a cirurgia de câncer colorretal na disfunção fecal, urinária e sexualidade.

Os **Objetivos Específicos** são:

- Rastrear as formas de reagir e viver após a notícia de ter que realizar a cirurgia colorretal;
- Identificar o significado do viver de homens e mulheres após a cirurgia de câncer colorretal e as alterações no exercício de sua sexualidade;

A TESE pretendida é que o corpo é potência de vida, seus movimentos, seus fluxos, seus sentimentos, suas secreções, suas emoções, suas reações, são dispositivos de uma sexualidade que não é o sexo em si, mas as diversas dimensões corporais.

Portanto **sua importância** pauta-se nas **justificativas** consideradas a seguir como: na ausência de estudos nesta área específica de cuidados de enfermagem no pós operatório e na reabilitação de clientes submetidos a cirurgia devido câncer colorretal, ausência de práticas específicas para orientar os clientes, que nos encaminhou para a busca de investigações sobre esse tema que aconteceu nos tempos descritos a seguir:

a) Foi realizado atualização de pesquisas de publicações nesta área, sendo realizado nova busca na Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, na primeira semana de junho de 2016, utilizando as bases de dados Lilacs, Scielo e Medline, utilizando como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis online (pela facilidade da disponibilidade do artigo) no período de 2005 a 2016, em inglês, português e espanhol, associado os descritores na primeira busca como: câncer colorretal

and enfermagem, não sendo encontrado documentos para pesquisa.

- Segunda busca foi utilizado os descritores: câncer colorretal and enfermagem and cuidados pós operatórios, também não encontramos nenhuma pesquisa.

- Terceira busca com seguintes descritores: câncer colorretal and sexualidade and cuidados pós operatórios, não encontrado nenhuma pesquisa.

- Quarta busca utilizando os descritores: câncer colorretal and enfermagem oncológica and cuidados pós operatórios, nenhuma pesquisa.

- Quinta busca utilizando os descritores: câncer colorretal and sexualidade and incontinência fecal, nenhuma pesquisa.

- Sexta busca, utilizando os descritores: câncer colorretal and enfermagem and incontinência fecal, não encontrado publicações.

- Sétima busca, utilizando os descritores: câncer colorretal and sexualidade and incontinência fecal and enfermagem and aspectos emocionais, nenhuma publicação encontrada.

- Oitava busca utilizando os descritores: câncer colorretal and sexualidade. Encontrado 12 artigos, nove artigos completos disponíveis online. Ao realizar a leitura dos resumos foi verificado que incluíam em seus estudos pacientes com ostomia intestinal, identificando apenas dois artigos que se identificava com o nosso estudo. O artigo de Bohm et al (2008), que investigou vinte e seis mulheres submetidas a cirurgia por câncer colorretal de 2000 a 2003, que ficaram sem colostomia. O estudo apontou alta taxa de incontinência fecal severa e péssima disfunção sexual nestas mulheres e concluíram que as mulheres deveriam ser informadas no pré operatório sobre as consequências da cirurgia.

O segundo artigo era uma pesquisa de revisão de literatura de Breukin, Donovan (2013), cujo objetivo era avaliar os efeitos de diferentes modalidades de tratamento para câncer colorretal e os efeitos sobre o funcionamento sexual em homens e mulheres. Concluíram que o funcionamento sexual é um resultado funcional importante e a avaliação e cuidado deve iniciar-se antes, durante e após do tratamento.

- Nona busca, utilizando os descritores: câncer colorretal and sexualidade and incontinência fecal. Encontrado uma publicação, que é o mesmo artigo de Bohm et al (2008), já descrito no item acima.

- Décima busca, utilizando os descritores: câncer colorretal and incontinência fecal and pós operatório, encontrado três artigos, dois com artigos completo disponível online. Após leitura dos resumos, evidenciado que somente um artigo se identificava com a pesquisa. O artigo escrito por Nikoletti et al (2008), aborda os problemas intestinais, e a prática para o autocuidado e informações

a sobreviventes de seis a vinte quatro meses após cirurgia câncer colorretal com preservação de esfíncter.

Evidenciaram a presença de incontinência fecal, urgência fecal e dificuldade de orientação de ingesta alimentar que os auxiliasse. Bem como evidenciaram os aspectos emocionais que afetaram os clientes do estudo. Concluíram a necessidade de estudos que auxiliem ou melhorem a qualidade de vida destes clientes.

b) A existência de lacuna, quanto à exploração de aspectos relacionados à subjetividade na Enfermagem, motivada entre outras coisas, pela política do conhecimento especializado, o caráter passivo imputado ao paciente, além da falta de preparo das enfermeiras para abordar o tema, apresentam-se como fatores que contribuem para a negação da sexualidade nas esferas do cuidado. Somados a isso estão os aspectos de socialização das mulheres, que em sua maioria compõe o quadro da Enfermagem, reforçados na formação profissional, de onde partem modelos orientadores, pautados no interesse de vigiar e controlar a expressão dessas necessidades (CARVALHO, 2010).

c) A possibilidade de encontrar padrões de cuidados à homens e mulheres que vivem a experiência de ter seu corpo transformado pela cirurgia, para a construção de propostas de cuidar e contemplar as suas necessidades, em conformidade com a cirurgia realizada e as implicações de um cuidado que contribua para que sejam preparados e orientados de forma mais objetiva, para as sequelas da cirurgia e do tratamento e de como continuar vivendo a potência do corpo e sua sexualidade.

d) Podemos encontrar através destas propostas e sentidos para cuidar que alivie esta clientela de situações constrangedoras, que a afetam física-psico-emocionalmente e socialmente acarretando agravos em seus modos de viver. Devido à alteração na vida do indivíduo, nos aspectos biopsicossociais pela mudança da imagem corporal e auto estima, além de ter que lidar, apreender e conviver com o corpo modificado.

e) Encontrar na intervenção proposta, caminhos e estratégias de ação educativa para enfermeiros e clientes, que se encontram nesta área de conhecimento e trabalho, quando ambos devem considerar as mudanças que ocorrem no processo pós cirúrgico que interferem na vida social e sexual, entendendo que o cuidado ocorre antes, durante e depois da cirurgia.

Desse modo é possível considerar, que o presente estudo busca aprofundar esta problemática, visto que há escassez de trabalhos e práticas, em especial de enfermeiros, abordando este tema. Considera-se o estudo relevante também para o ensino e para a enfermagem em geral e em especial para a enfermagem oncológica e a enfermagem em estomaterapia, ao trazer conceitos

e discussões importantes no cuidado de enfermagem a estes pacientes.

A pesquisa deverá contribuir com outros estudos de enfermagem, fornecendo subsídios teóricos científicos para a assistência de enfermagem, de modo a delinear as ações de avaliação e do cuidado de enfermagem a estes clientes.

Os resultados desta pesquisa contribuirão com a ampliação da produção de conhecimento na área da sexualidade humana do Curso de Pós-Graduação - Doutorado em Enfermagem e Biociências - PPGENFBIO da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e no Instituto Nacional de Câncer onde trabalho.

Capítulo II

Bases Conceituais

2.1-O Corpo Biológico com Câncer Colorretal na perspectiva da sexualidade na enfermagem

Não queremos iniciar dando ao câncer uma importância indevida por que nossa atenção não está voltada para a doença, mas para o corpo biopsicossocial que adocece. Queremos assumir o conceito de Figueiredo et al (2012, p. 169) “de um corpo entendido como espaço mínimo, que é livre, ativo, por isso humano, dono de suas próprias ideias, opiniões, valores, ambições e visão de mundo.

Nosso corpo é histórico, fonte de mediação de conhecimentos e saberes mediante memórias nele fixadas. Lugar de expressão e de criação de sentido e de representações mítica, de cognição, e da produção de imagens. Poder e produto de subjetividade; instituído e instituinte que faz movimentos políticos de mudança. Corpo real – emocional (objetivo e subjetivo). Corpo memória, ético, vivo, pulsante, carne-sangue, origem e fim da cultura criada (FIGUIREDO et al; 2012, p.169).

Pensar este corpo com câncer com os fundamentos do saber na perspectiva da psicanálise é um desafio teórico e nos obriga a pensar em sua complexidade como objeto do cuidado, principalmente em seus processos de adoecer. Ter câncer é estar numa experiência desagradável e que cristaliza o psíquico.

Nas intervenções que temos feito para cuidar de nossos clientes no aspecto biológico, temos olhado com “certa clareza para o corpo objetivo lugar de sintomas e sinais e desenvolvimentos de procedimentos”, durante o tratamento, que é de longo prazo, o qual não pode ser abandonado no meio do caminho.

Olhar para ele não dando voz para falar sobre seus sentimentos, suas percepções, sua subjetividade, o que não é dito, o sofrido, que é velado. Voltamo nos para a técnica para aquilo que é possível ver, pois somos capazes de determinar processos de cuidar em bases anatomo biológicas que nos dão segurança para intervir nos aspectos que definem este corpo. O desafio é entender que esse corpo que falamos agora, tem uma multiplicidade de comunicações que facilitam ou dificultam nossos relacionamentos, nossos encontros num processo no qual é o corpo de sexualidade que se comunica.

O câncer colorretal atinge o corpo na esfera sexual, e a sexualidade é uma parte significativa do ser de cada pessoa, embora avaliações e intervenções sexuais nem sempre sejam

incluídas no cuidado da saúde, como uma clínica que não dominamos costuma ter carga emocional para enfermeiras e pacientes que algumas vezes evitam discutir questões sexuais porque não foram capacitadas com valores e informações. Se o profissional não se sente à vontade com tópicos relacionados a sexualidade, é pouco provável que o paciente não compartilhe suas preocupações sexuais (PERRY; PORTER,2009, p. 430).

A importância do estudo está na assertiva de que a enfermagem tem um saber e uma prática empírica de cuidar de homens e mulheres com câncer colorretal. Urge então a necessidade de investigação para que consideremos o cuidado de enfermagem além do científico, pois tem especificidades e natureza próprias, principalmente quando o campo da reflexão e produção de conhecimento, trata da adaptação deles para a vida e o resgate de sua sexualidade.

Julgamos importante fazer breve revisão da anatomo fisiologia da defecação, cirurgia colorretal e incontinência fecal, a fim de melhor entendermos as demandas dos clientes da nossa pesquisa.

2.2- Aspectos Anatomo Fisiológicos da Defecação

A defecação é uma necessidade humana básica, e qualquer alteração neste processo causa dificuldade psicológica, física e social, e isto está dito e veremos nos relatos dos pacientes com disfunção fecal pós cirurgia por câncer colorretal. Defecação é o processo de eliminação da matéria fecal do organismo sujeito à ação involuntária do indivíduo. A manutenção da continência e da defecação é determinada por mecanismos complexos e multifatoriais, envolvendo a integração das funções somáticas e viscerais, sob o controle do sistema nervoso central (SOBRADO; 2004, OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO,2010).

O conceito de evacuação fisiológica ou normal envolve fatores como a frequência ou ritmo intestinal, esforço evacuatório e consistência fecal. A frequência geralmente varia de três vezes por semana a uma evacuação diária, ou mesmo duas vezes por dia. Indivíduos normais geralmente conseguem defecar sem muito esforço, sentindo-se satisfeito após a exoneração intestinal das fezes, as quais tem peso compreendido entre 35 e 225 gramas por evacuação e apresentam consistência pastosa ou semissólida. (SOBRADO;2004, p.31)).

A consistência das fezes influencia de maneira decisiva a sensação e o esvaziamento, pois maior esforço é necessário para eliminar fezes duras e pequenas, em comparação com as fezes grandes e macias (OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO,2010, p.27).

Na defecação fisiológica observamos uma progressão normal do bolo fecal pelo tubo digestivo, mais precisamente no colón (responsável por aproximadamente 90% do tempo do

trânsito digestivo total), associada ao funcionamento eficiente do assoalho pélvico e esfínteres anais, que proporcionam a eliminação da matéria fecal em local e momento adequado (SOBRADO; 2004, p.31).

O intestino grosso, entre outras funções, é responsável pela absorção, armazenamento, transporte e eliminação dos produtos da digestão, ele tem aproximadamente 180 cm de extensão, sendo subdividido em ceco, apêndice vermiforme, cólons (ascendente, transverso, descendente e sigmoide) e reto (SOBRADO;2004, p.31). Apesar do intestino grosso ser único, há diferenças regionais entre o colón direito e esquerdo e o segmento anorretal. No colón esquerdo proximal ocorre a fase absorptiva final que irá modular a consistência das fezes. Neste segmento, as fezes têm consistência pastosa ou semi sólida e ficam armazenadas no sigmoide, até ser iniciado o processo defecatório, quando então são eliminadas (SOBRADO;2004, p.33).

Para este processo de continência há participação de outros componentes da anatomia fisiologia: o músculo esfíncter externo do ânus e o músculo puborretal. O músculo esfíncter externo (MEE) do ânus, apresenta tônus de repouso mesmo durante o sono. Este músculo forma um anel em continuidade com músculo puborretal, e ambos atuam conjuntamente na manutenção voluntária da continência. A atividade tônica deste músculo apresenta variações, de acordo com as atividades que o indivíduo está executando A contração máxima do MEE pode ser mantida por até um minuto, quando então ocorre a fadiga (OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO, 2010, p.23).

Os músculos elevadores do ânus são responsáveis pela sustentação ou suporte do assoalho pélvico e dos órgãos pélvicos e abdominais, prevenindo, assim a descida perineal excessiva. O músculo pubo retal, por não envolver totalmente o canal anal, participa da continência como responsável pela formação do ângulo anorretal, além de apresentar-se em estado de continência fecal, do mesmo modo que pode ser modificada para a restauração da continência em alguns clientes. O tempo necessário para expulsar um pedaço único sólido de fezes varia inversamente como seu diâmetro, e constante atividade tônica (OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO,2010, p.24).

Então no processo de defecação normal, à medida que os movimentos peristálticos aumentam o reto passa a receber quantidade maior de fezes, desencadeando, assim o reflexo da defecação, momento em que o indivíduo sente à vontade de evacuar. Nesse momento, o indivíduo continente é capaz de controlar o escape involuntário de fezes e gases, por meio da contração voluntária do esfíncter externo e do puborretal e da formação do ângulo anorretal (OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO,2010, p.21).

No momento apropriado, o reflexo da defecação inicia o processo de eliminação do

conteúdo retal, quando os músculos abdominais através da prensa abdominal, auxiliam a expulsão deste conteúdo, e o assoalho pélvico relaxa-se com a abertura do canal anal, permitindo a passagem das fezes (OLIVEIRA; SALUM; POVEDANO,2010, p.21).

O controle voluntário da defecação é de extrema importância, essencial para uma vida social normal. A perda desta função fisiológica, mais precisamente na situação de incontinência fecal, é constrangedora e acarreta grandes mudanças no estilo de vida, como o afastamento do convívio social e dificuldade na obtenção e permanência em empregos. Portanto, apresenta repercussão socioeconômica significativa em termos populacionais.

2.3- Incontinência Fecal

Incontinência fecal pode ser definida como perda do controle esfinteriano ou a incapacidade de segurar o desejo de evacuar a tempo e em lugar apropriado, resultando em perda involuntária de gases ou fezes (SOBRADO; 2010, p.193).

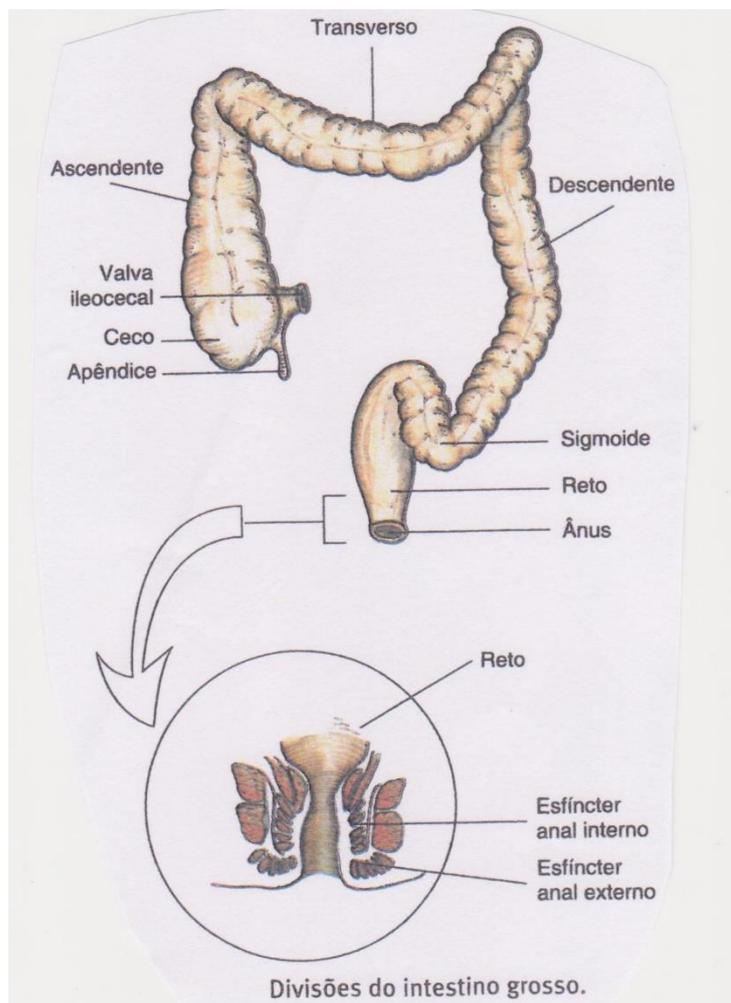
A avaliação da incontinência fecal começa com uma história detalhada e exame físico cuidadoso. Devem ser distinguidos as alterações tais como frequência, urgência e *soiling*, que em geral são tratadas clinicamente (SOBRADO; 2010, p.193).

Soiling significa a perda relativamente pequena de material fecal líquido que suja a roupa íntima. Urgência e frequência são geralmente secundárias à perda de complacência ou reservatório retal, por alterações secundárias a perda de complacência ou reservatório retal, por alterações inflamatórias do reto ou após a sua remoção (SOBRADO; 2010, p.193).

Dentre as causas mais comuns encontram-se as lesões traumáticas e iatrogênicas. Além das lesões pós cirúrgicas, que se incluem lesões da inervação da musculatura esfinteriana e de doenças que alteram os mecanismos normais de defecação. As lesões pós cirúrgicas ou traumáticas também são bastante comuns, podendo ocorrer em ambos os sexos, como, por exemplo, as esfinterianos pós fistulectomia, pós hemorroidectomias, pós cirurgias de ressecção retal com anastomose coloanais, pós confecção dos reservatórios jejunais e pós traumatismos perineais causados por acidentes automobilísticos ou decorrentes de lesões por arma de fogo ou objetos cortantes (OLIVEIRA;2010, p.138).

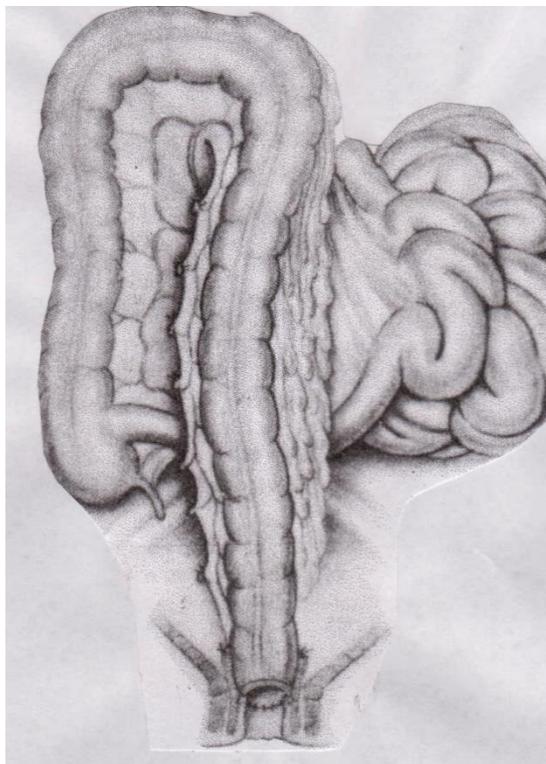
A perda do reservatório retal nas cirurgias de abaixamento coloanal e ressecção anterior do reto decorrente de câncer colorretal é uma causa de incontinência, principalmente quando associada aos efeitos da radioterapia (OLIVEIRA;2010, p.139). Para melhor entendimento das implicações pós cirurgia colorretal, utilizaremos como recurso as figuras 1 (antes da cirurgia) e 2 (pós cirurgia-anastomose coloanal):

Figura 1: Intestino grosso antes da cirurgia por câncer colorretal;



Fonte: POTTER, PERRY. 2009, p.1176.

Figura 2: Pós cirurgia colorretal
Anastomose Coloanal



Fonte: TODD.1983, p.164.

A lesão produzida pela radioterapia sobre os esfíncteres relaciona-se com a perda da complacência retal produzida pela lesão inflamatória e pela fibrose secundária, além de lacerações no reservatório retal e na sensibilidade do reto (OLIVEIRA;2010, p.140). O sucesso do tratamento do cliente incontinente depende de conjunto de medidas adotadas como dietéticas e outras medicações orais, como loperamida, lactobacilos e formadores do bolo fecal, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, desde a primeira consulta. A atitude positiva e encorajadora do profissional que lida com pacientes incontinentes permite a adesão mais bem sucedida ao tratamento (OLIVEIRA;2010, p.140).

2.4. Cirurgia em Câncer Colorretal

Conforme estimativa do Instituto Nacional de Câncer para o ano de 2016, o câncer passa a ser a segunda doença crônica em incidência no Brasil, com projeção estimada para ser a primeira doença crônica em incidência na população para daqui cinco anos em nosso país. Chama-nos a atenção também, que o câncer colorretal, passa a ser o segundo tipo de câncer com maior incidência em mulheres, exceto na região norte. É também o terceiro câncer, com maior prevalência em homens (INCA, 2016).

A ressecção cirúrgica ainda é a base do tratamento curativo, embora o tratamento multimodal com radioterapia e quimioterapia tenha evoluído muito nas últimas décadas (ARAÚJO; 2013, p.47).

A categorização dos tumores retais de acordo com a sua localização influencia no tipo de tratamento neoadjuvante e/ou cirúrgico. Os tumores de terço inferior (até 5 cm da margem anal) e os tumores de terço médio (5,1 a 10 cm da margem anal) se iniciais, possuem como tratamento padrão o procedimento cirúrgico. Em estágio avançado, a indicação é o tratamento combinado, radioterapia e quimioterapia acompanhada de procedimento cirúrgico. Já os tumores de terço superior (10,1 até 15 cm da margem anal) apresentam padrão histológico e tratamento semelhantes aos tumores de cólon (SANTOS et al., 2014).

Desde que Ernest Milles no início do século XX, descreveu os princípios anatômicos da amputação abdominoperineal do reto em 1908, compreendeu-se todo o estigma e morbidade associadas a esse tratamento, citando-se as principais, a colostomia definitiva, defeito perineal extenso, alterações geniturinárias (disfunção erétil, ejaculação retrógrada, bexiga neurogênica). Tem se então procurado melhorar os resultados oncológicos e em paralelo melhorar a qualidade de vida, seja reduzindo a morbidade cirúrgica por meio de melhores técnicas, seja buscando algum grau de preservação orgânica, desde que respeitando margens cirúrgica adequadas (ARAÚJO; 2013, p. 47).

A evolução técnica cirúrgica, associado ao avanço de novas drogas quimioterápicas e a radioterapia, propiciou-se a realização de cirurgias menos mutilantes, quando comparada a cirurgia proposta por Milles, evitando desta forma um dos grandes inconvenientes aos clientes que é a colostomia definitiva, passando os mesmos a ficarem com a colostomia de forma provisória. Entretanto em ambos os casos provocam sérios problemas para os clientes.

De forma que, o estabelecimento de critérios técnicos, sem prejuízo da radicalidade, tornou as cirurgias para preservação esfinteriana, associada ou não a tratamentos neoadjuvantes, as mais

realizadas atualmente, com baixos índices de complicação pós-operatória e de recidiva local, sem a necessidade de colostomia definitiva (RAMOS, 2009).

Entretanto, o tratamento curativo para o câncer de reto médio e inferior implica em altos índices de complicações e morbidade que resultam em alterações objetivas como, por exemplo, resultado cirúrgico satisfatório e as subjetivas como as mudanças no esquema corporal a longo prazo. Destacam-se as mudanças nos distúrbios anatomo funcionais importantes como urgências e incontinência fecal e de flatus, e particularidades no que diz respeito ao comportamento do corpo modificado e o grau de adaptação frente à doença (SANTOS et al., 2014).

2.5- Sexualidade

Ampliando o discurso sobre a sexualidade, como dispositivo do corpo e da sua subjetividade, reafirmamos que esse discurso não é possível sem de fato nos aprofundarmos no saber sobre o corpo que não é apenas anatômico, biológico, químico, histórico e subjetivo ao mesmo tempo. Um corpo que revela o que sente por fora, mas o que sente por dentro é através de signos. Corpo pensado como espaço de viver e da vida.

No entanto, até chegar esta reflexão muito foi escrito sobre sexualidade. Nesse sentido não é possível esquecer as ideias de Freud, se acreditamos que as mulheres e os homens que não exercitam sua sexualidade por causa da transformação de seus corpos após a cirurgia de câncer colorretal, devido às modificações vivenciadas por eles e às consequências que não são só físicas, mas que envolvem a “alma humana”, quando eles não experimentam mais suas sensações anteriores desencadeando o sofrimento humano e a necessidade de aliviá-los.

Segundo Freud (1995, p.33) toda vez que falamos de alma, pensamos sempre em uma entidade que existe separada do nosso corpo, que continua vivendo no nosso corpo, morre e é capaz de ir para o céu. Para ele é a pulsão que constitui nosso psiquismo. É nele que existem todas as emoções e todos sentimentos que experimentamos quando acontece alguma coisa que agrada ou não agrada.

Essas ideias de Freud (1995), sobre essas sensações e sentidos estão na base do que vivenciam estes homens e mulheres que se emocionam quando se descobrem com diversas transformações em seus corpos e de como conviver com elas.

A descoberta de que sua vida sexual já não é mais como era antes e como esperada depois da cirurgia, dependendo da individualidade de cada um, do companheirismo, da família, ela pode

ser desastrosa para seu estilo de viver, quando novas possibilidades de adaptação podem ser diversas dependendo de como os clientes pensam e exercitam sua sexualidade.

Na sociedade contemporânea, apesar do sexo e sexualidade constituírem temas com abordagem contínua, com intensidade variável nos lares, nas escolas, na mídia, ainda permanecem como assuntos polêmicos permeados por constrangimento, repressão e discriminação, tanto em relação a sua abordagem como nas suas formas de expressão. Trata-se de temática impregnada de mitos, tabus, preconceitos e dúvidas, que também estão diretamente relacionadas com conceitos de autoconfiança, auto eficácia, autoimagem e auto estima, que se conectam com os diferentes subsistemas que compõem a vida cotidiana do homem (PAULA; 2008, p.41).

O desenvolvimento tecnológico e científico ocorrido a partir do século XIX também foi elemento importante no que se refere às normas e regras sociais e morais em relação a pratica da sexualidade. Estabeleceu permissões e proibições para os relacionamentos sexuais, ressignificando os corpos e, por vezes, até desestabilizando a própria noção de sujeito humano e da sua identidade social (PAULA; 2008, p.47).

Considerando que estas transformações mudam o estilo de viver e “ser humano” desses homens e mulheres a partir de alternativas próprias de cada um, é possível poder ajudá-los, naquilo que lhes dá prazer, que é o da ordem de um corpo deseante de ter energia, de amar, de ter contato, que sente, e não apenas simplesmente exercitar o ato sexual se considerando o que cita a OMS – Organização Mundial de Saúde em 1975, tenha definido que:

A sexualidade humana é parte integral de cada um. É uma necessidade e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas.

Mas é preciso saber deles se é isso mesmo, se essas dificuldades sentidas são conscientes ou inconscientes e se eles diante dessas descobertas sublimam ou recalcam essa nova realidade em seus corpos ou se tem algo a nos dizer, que não sabemos.

Pois no ser humano a sexualidade está longe de ser quantificada em formas, volumes, números ou posições copulatórias; mais que tudo, liga-se a imagens, reminiscências, associações,

interdições, enfim, constructos mentais de alta complexidade, conectados indefinidamente a símbolos atuais e pretéritos, desde os primórdios dias de vida do indivíduo (ABDO;2014, p.20).

Tudo dependerá de como captar neles, em suas narrativas de vida o que foi e é esta nova realidade em seus corpos. Mas isso não é tão simples. Para Freud apud Estevam (1995,p.53) é preciso saber o que quer dizer as palavras conscientes, pré-consciente e inconsciente, ou seja, consciente é todo o processo psíquico de que tomamos conhecimento num dado momento (o câncer, a cirurgia e as dificuldades que surgem em decorrência delas), os que não são conscientes, é como se fosse uma pequena lanterna num quarto escuro: o objeto que ela está iluminando torna-se consciente, pode ser visto e os objetos que ela não está iluminando tornam-se pré conscientes, ficam mergulhados na obscuridade e não podem ser vistas naquele momento”.

Provavelmente, a analogia à lanterna pode ser entendida como nós enfermeiras focalizamos a doença e o doente, e deixamos na obscuridade a sexualidade, como também, só a articulamos ao ato sexual quando, ela está para além desse ato como necessidade, a qual é expressa não apenas mecanicamente a que Freud chama de “pulsão sexual”, mas vontade ou desejo que nasce na “libido” de vida de cada um de nós. Mas, ainda temos um super ego a controlar a expressão da sexualidade fazendo com que cada um de nós a esconda por motivos diversos: controle religioso e social de nossos corpos.

Assim na sociedade ocidental, a questão da sexualidade sofreu influências muito fortes e determinantes do patriarcalismo, do conservadorismo, do cristianismo, da evolução do saber médico e da medicalização da sociedade, que exerceram importante papel para a normalização do sexo e controle do corpo, influenciando a forma como as pessoas a vivenciam em todas as fases da trajetória humana, inclusive durante os processos de envelhecimento e adoecimento, condições sempre presentes na história da humanidade (PAULA; 2008, p. 49).

Esse “trancado” permanece em nossos corpos, mesmo que seja outra época, quando o corpo pode mostrar-se, expor-se mais, se escreve e pesquisa sobre ela, mas nunca conseguimos na enfermagem tratá-la mais objetivamente, mesmo quando temos o poder legal-profissional de invadir os corpos de nossos clientes. Corpo, sexo sempre foram e ainda são associados ao pecado, que como aparece na história recente da AIDS-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (doença sexualmente transmissível).

Mas o desafio ao enfrentar, se queremos falar “abertamente” da sexualidade e do modo de viver desses homens e mulheres com câncer colorretal, implica “saber sobre” suas vidas, seus corpos e suas reações quando se encontram para relacionar-se sexualmente. Conhecer a histórias deles é fundamental principalmente se entendermos o que Foucault nos diz sobre ela e o poder.

Finalmente e por agora sabemos da negável importância de desenvolver um conhecimento, sobre a sexualidade humana que com certeza, não daremos conta, que existem pontos cegos em todos nós da enfermagem que “se recusa” ver e ouvir o tema que para nós é essencial discutir na perspectiva dos homens e mulheres deste estudo. É como que, inconscientemente tivéssemos que fugir, barrar nosso acesso em querer saber sobre a sexualidade, estilos de exercê-la e de como criar uma clínica-espço de “fazer falar” sobre o que nos aflige, quando cuidamos deles e de como aliviar suas dores, seus sofrimentos com as consequências das transformações causadas pela cirurgia em seus corpos.

Muito provavelmente estes homens e mulheres que expressam suas dificuldades nos encontros com a Enfermagem, não nos mostram claramente os mecanismos de suas próprias lutas e confrontos incessantes quando tentam resgatar a sexualidade de seu corpo perdida pela doença. Também deve ser a oportunidade de saber até que ponto o poder exercido por nossas interdições sobre seus corpos são pontos a serem discutidos.

Ao abordarmos neste estudo do estilo de vida e sexualidade, as enfermeiras devem conhecer o corpo para compreender e perceber o que ele nos diz quando adoecidos. Corpos que falam sem falar, que silenciosos emitem signos de expressão sobre o que sentem, sofrem e querem. Captar esses signos faz de nós “radares” que se utiliza de todos os sentidos para captar o que os corpos nos falam, principalmente do que os atormentam que é falar sobre sua sexualidade, uma necessidade humana, ainda um tabu, no discurso e nas práticas de enfermagem que tem expressadas também dificuldades de falar e abordar este assunto.

A sexualidade é indissociável da estrutura mental do indivíduo. Não, obstante, alguns setores da medicina e da psicologia relutam em admitir os fundamentos simbólicos da sexualidade, essenciais na estruturação do indivíduo pensante e, a pretexto de resgatar cientificamente” as raízes biológicas do sexo, restringem-se aos aspectos anatômicos, fisiológicos e ao desempenho mecânico postural (ABDO,2014, p.21).

Para a Abdo (2014, p.22) a psicanálise, por meio de investigações continuadas, exaustivas e sistemáticas, durante décadas vem demonstrando de modo irretorquível, a estreita associação entre psiquismo e sexualidade, constituindo-se numa estrutura biunívoca que organiza e sustenta a identidade do sujeito. Não se trata da “psicanálise vulgar”, cheia de “interpretações” fáceis, pré-fabricadas e até pueris, quase uma pornografia disfarçada em linguagem pseudocientífica; mas da psicanálise fundamentada na observação prolongada, paciente e minuciosa dos conflitos praticada com seriedade e isenção ideológica.

Ressaltando que a observação continuada e silenciosa dos fenômenos é um dos métodos

científicos mais fecundos (Abdo;2014, p.25), sendo por excelência o instrumento de investigação da psicanálise e que podem ser utilizados nos encontros da enfermagem com seus clientes.

Cabe reconhecer, conforme pontua Abdo (2014, p. 26) alguns aspectos fundamentais do ser humano:

- A sexualidade extrapola os limites da anatomia e da fisiologia.
- Ereção e potência não são fenômenos equivalentes.
- Disfunção erétil não é apenas falha mecânica.
- Baixo desejo sexual não é somente falta ou deficiência de hormônios.
- Satisfação sexual não é equivalente a coito ou ejaculação.
- A sexualidade é o principal polo estruturante da identidade e da personalidade do indivíduo.
- O desempenho sexual não depende só da anatomia e da fisiologia, mas também da integração dos fatores biológicos, psicológico, social e cultural.
- Disso resulta que os diagnósticos dos transtornos da sexualidade são bastante complexos e não se circunscrevem a disfunções sexuais.

Ao encontrar fundamentos, é importante trazer para nossa viagem teórico-prática, no campo da psicanálise alguns teóricos que nos ajudaram a discutir e encontrar padrões para agrupá-los e contribuir na questão da sexualidade como, destacados a seguir:

2.5.1-Freud e suas ideias

Existem no psiquismo todas as emoções e sentimentos que experimentamos quando acontece alguma coisa que nos agrada ou que nos desagrada; podemos sentir tristeza ou alegria, amor ou ódio, medo ou coragem, simpatia, cólera, ansiedade ou tranquilidade. Podemos querer ou não querer alguma coisa, podemos agir voluntariamente, contrariando nossos desejos e conseguimos assim forçar nosso corpo a ir trabalhar, quando o desejo que sentíamos é de ir à praia. Além das emoções e sentimentos, existe em nosso psiquismo uma coisa chamada vontade e a outra coisa chamada de desejo, que muitas vezes podem entrar em desacordo.

As ideias da vida de todos os dias (Psicopatologia da Vida Cotidiana), que Freud chama a segunda viagem, que tem um roteiro, como: a) os atos da vida cotidiana; b) os sonhos; c) o sexo;

d) as neuroses; e) as psicoses.

A vida cotidiana destina-se a examinar os fatos que nos acontecem todos os dias e dos quais, em geral, não atribuímos nenhuma importância. A cada momento cometemos pequenos erros que nos acontecem por acaso.

Sobre a VIDA NOTURNA e os SONHOS, ele compara a vida noturna como a vida anormal dos doentes mentais, mas que existe numa perfeita ligação entre o que é normal e anormal. Que o anormal não é tão como se pensa e chama nossa atenção para o fato de que a cura do anormal e o restabelecimento da normalidade é muito mais fácil do que supomos. A ideia de continuidade aparece com toda a clareza na teoria central da psicanálise, a Teoria do Sonho. Para ele os sonhos deviam ser examinados cientificamente e que eles provam a semelhança existente entre o normal e o anormal e foi a partir da teoria do sonho que ele conseguiu formular a Teoria da Neurose. O conteúdo do sonho é maior do que o conteúdo de suas sanções: quando sonhamos, acrescentamos uma série de coisas que não existiam nas sensações...(....).

Seus estudos sobre o SEXO levaram-no, a fazer uma série de afirmações que escandalizaram a sociedade de sua época, isto porque, suas ideias começaram com o sexual genital. Como força que nos excita e que atua continuamente. Essa força que nos é um tipo especial de prazer, todas as vezes que fazemos de maneira acertada. Assim podemos dizer que a finalidade para qual existe o instinto sexual é a conservação e a perpetuação da espécie humana. Se não existir o prazer de satisfação do instinto, provoca em nós uma sensação de prazer. Mas a conclusão de Freud, é de que não devemos confundir os fatos sexuais com os fatos genitais. O coito é necessário para a reprodução humana pois as relações genitais são apenas parte da vida sexual; as sensações sexuais não se limitam apenas as sensações genitais (ESTEVAM; 1995, p.70).

2.5.2- Alexander Lowen

Lowen é psicanalista com experiências no auxílio a pessoas com problemas emocionais, descobriu em seu trabalho, que muitos de seus clientes negavam as experiências de seus corpos. Sua questão inicial é: “normalmente ninguém se pergunta quem sou eu? A identidade de cada um é tida como certa e seus documentos servem para identificá-la. Conscientemente elas sabem quem são. No entanto nos limites da consciência, a pessoa perturbada por insatisfações, sente-se pouca vontade ao tomar decisões, e é atormentada pelo sentimento de estar, por fora da vida. Eles queixam-se de perda de sensações de si próprio para o contato com algum aspecto vital da existência capaz de proporcionar sentido à vida. Esse elemento ausente em uma identificação com o corpo constitui a fundação sobre a qual se exige uma vida pessoal (LOWEN;1979, p.15).

Em sua outra obra, *O Corpo em Depressão* (1983, p.71) Lowen, trata de fazer a pessoa mentalmente doente entrar em contato com a realidade. Mas fala da ilusão, suas visões e até dos fenômenos extra sensoriais, que ele diz ser de difícil determinação. Não é raro que uma pessoa que se orgulha de ser “realista” manifeste ilusões escondidas. Há uma realidade indiscutível na vida de toda pessoa, e ela é sua existência física ou corporal. Seu ser, sua individualidade, sua personalidade é determinada pelo seu corpo. Ninguém existe separadamente de seu corpo.

Segundo o autor o prazer traz à tona esta questão que não pode ser controlada, nem comandada pelo homem. As experiências do prazer e da dor determinam nossas emoções, pensamentos e comportamentos. Portanto, discutindo-o sob a perspectiva da psicologia e da biologia, analisando suas raízes e no universo o prazer é a chave de uma vida criativa (LOWEN;1984, p.78).

MEDO da VIDA, caminhos da realização pessoal pela vitória sobre o medo. É um livro que fala da neurose (quem sabe de nossas neuroses) quando temos medo de abrir o coração para o amor, teme estender a mão para pedir ou agredir. Ataca ou se torna uma doença que quando de maior intensidade pode se tornar perigoso, pois ameaça inundar o ego, ultrapassar seus limites, liquidar sua identidade (LOWEN;1986, p. 68).

De um modo geral. Todos queremos ter uma “vida de mais”, que não aguentamos viver se sairmos do marasmo do anestesiamiento. Nosso medo da vida se espelha em nossa maneira de nos mantermos ocupados afim de nos sentirmos, de ficarmos na correria, não nos encararmos de frente... O destino do homem moderno é ser neurótico, tem medo da vida, membro de uma cultura cujos valores predominantes sejam o poder e o progresso, o que decorre no século XX, que toda pessoa é criada na mesma neurose (LOWEN;1986,p. 66).

2.5.3- Francisco Ortega

Para Ortega, devemos considerar o corpo com o exemplo mais destacado e ambíguo, cheio de subjetividade do que se vê chamado de culto do corpo ou de cultura somática no mundo atual nesse se observa as numerosas tentativas de mudar o corpo, personalizá-lo, desde o fisiculturismo, as cirurgias, instâncias a serem mapeadas na qual a ambiguidade corporal se apresenta. É preciso analisar os efeitos, as plásticas, a arte corporal, até formas mais radicais de modificações corporais, que incluem amputações voluntárias de membros. Devido à valorização e ao enorme investimento simbólico que vem sofrendo, o corpo tornou-se objeto de desconfiança, receio, angústia, insegurança e mal-estar para muitos (ORTEGA; 2008, p.13)

O corpo é o objeto, a abjeção, neste contexto, deve ser entendido como rejeição corporal

da corporeidade, que encontramos em vários modelos corporais de nossa cultura; desde os ideais descarnados de pureza digital dos modelos fotográficos das quais a mínima gordurinha é digitalmente eliminada. Ortega cita muitas posições de povos e autores que falam sobre o corpo, por exemplo como Foucault (1984) em sua genealogia da ascese, isto é, a história das diferentes manifestações dos fenômenos das formas de subjetivação e das práticas de si como fio condutor, escolhido pelo autor para a elaboração de sua história da subjetividade (ORTEGA; 2008, p.21)

2.5.4- Michel Foucault

Foucault (1988, p.9) ao falar de sexualidade inicia suas discussões a partir da época vitoriana (XVII), que era tolerante, que aceitava os comportamentos sem reticências excessivas e as coisas sem demasiado disfarce, comparados com os do século XIX. Dos gestos diretos, discursos sem vergonha, transgressões visíveis, anatomias mostradas e facilmente misturadas, os corpos foram sendo proibidos e a sexualidade foi então cuidadosamente aferrolhada... (...) ”.

A SEXUALIDADE na concepção e enfoque filosófico de Foucault (2010, p.244) é um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo sexualidade, o qual estabelece uma rede entre estes elementos.

O que Foucault nos diz, serve para o cuidado que devemos ter, ao querer mergulhar na sexualidade do outro, sem considerar essas formas secretas de exame do próprio, corpo acerca da sexualidade numa matéria que ele considera tão melindrosa e perigosas, por fim ele diz: “um discurso obrigatório e atento deve, pois, seguir com os seus meandros, a linha de junção do corpo e da alma: faz surgir, debaixo da superfície de pecados, a nervura ininterrupta da carne. Ao abrigo de uma linguagem que com todo o cuidado se depara de modo a que nela já não seja nomeado diretamente, sexo é assumido como se fosse encurralado por um discurso que pretende não lhe deixar obscuridade, nem tréguas”.

São atenções sugeridas pelo autor a nós que pretendemos falar e produzir dados sobre a sexualidade daqueles que cuidamos. Muitas vezes a vontade de saber, mais curiosa do que científico pode também nos encurralar e impedir de encontrar resposta para nossas questões de estudo.

Nesse sentido Foucault (1988, p.74) nos orienta de como pensar nessa produção que ele chama de rituais da confissão nos esquecemos da regularidade científica; como conseguir construir

a imensa e tradicional extorsão de confissão sexual em formas científicas, que ele distingue da seguinte forma:

1-Por uma codificação clínica do “fazer-falar”: combinar a confissão com o exame, a narração de si próprio com o desdobramento de um conjunto de sinais e sintomas decifráveis... (...)”

2-Pelo postulado de uma causalidade geral e difusa; deve dizer tudo, poder interrogar sobre tudo, encontrar a sua justificação no princípio de que o sexo é estado de um poder causal inesgotável e polimorfo....(...)

3-Pelo princípio de uma latência intrínseca a sexualidade: se é preciso arrancar a verdade do sexo pela técnica da confissão (que estamos chamando de narrativa de vida), não é simplesmente por que ela é difícil de dizer ou está atingida pelas interdições da docência. Mas porque é de natureza do funcionamento do sexo obscuro escapar-se e porque a sua energia tal, como os seus mecanismos se escapam; porque o seu poder causal é em parte clandestino...(...)”

4- Pelo método da interpretação: se é preciso confessar, não é apenas porque aquele a quem se confessa teria o poder de perdoar, e consolar e de dirigir. É que o trabalho da verdade a produzir, se quer validá-lo cientificamente tem de passar por esta relação...(...)...”

5-Pela medicalização dos efeitos da confissão: a obtenção da confissão e os seus efeitos são redecodificados na forma de operações terapêuticas. O que quer dizer, em primeiro lugar que o domínio do sexo já não será situado no registro da falta e do pecado, do excesso ou da transgressão (novos espaços de atender a sexualidade após a cirurgia). Mas sob o regime (que de resto é apenas a sua transposição) do normal e do patológico...(...)...”

Esses itens aqui relacionados por Foucault como o de uma produção científica de conhecimento nos interessa para compreender e discutir os resultados (dados) aqui produzidos, analisar esse saber produzido e quem sabe identificar a multiplicidade das relações de força que se exercem sobre os corpos e sua sexualidade.

Poder como tema de interesse de Foucault (1988,p.104) empregado no sentido de “as relações de poder não estão em posição de exterioridade relativamente a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimento, relações sexuais), mas que lhes são imanentes: elas são os efeitos imediatos das partilhas, desigualdades e desequilíbrios que ai se produz reciprocamente as condições internas dessas diferenciações; as relações de poder não estão em posição de superestrutura, com um simples papel de proibição ou de recondução, elas tem , onde

funcionam, um papel diretamente produtor”.

O princípio das relações de poder como matriz entre os determinadores (nós) e os dominados (os homens e mulheres que necessitam de cuidados) numa dualidade que se repercute de alto a baixo, e sobre grupos cada vez mais restritos, até nas profundidades do corpo social (FOUCAULT; 1988, p. 104).

2.5.2- Estilo de Vida

Continuando a busca de fundamentos, agora articulando-os com os sujeitos de nosso estudo, não podemos esquecer que eles podem, a partir das cirurgias realizadas devido o câncer colorretal, ter adquirido novos modos de viver, por que estão a mercê de um corpo que tem novas reações, novos comandos, novos sintomas, novas queixas, novos sentimentos.

Agora estamos pensando não mais de um corpo “totalmente normal”, como se deseja e quer, mas de um corpo, que se descobre modificado pela doença e depois pela cirurgia e, que querendo ou não sua vida anterior acaba ao adoecer depois da cirurgia, obrigando-os a viverem novos estilos de vida, que mudam suas experiências e expectativas em relação a ele e sua sexualidade e ao seu parceiro que muitas vezes muda ou desiste dele ou dela, e também no vivenciar um corpo externamente normal, mas internamente transformado pela cirurgia.

Ao falar de ESTILO (modo de viver), não é possível desconsiderar atividades de vidas e as representações que existem sobre ela e de toda a simbologia mundial onde estes homens e mulheres vivem com ou sem saúde ou doença.

Castiel et al (2015, p. 47) nos diz: para falar de estilo de vida é preciso considerar a ausência de valores favoráveis as rotinas de vida padronizadas como saudáveis, mostrando como o sedentarismo e o estilo de vida irregular (ou vida desregrada) podem ser quantificados e associados a riscos mais elevados de doenças.

O autor sugere dois pontos de vista epidemiológico: **o primeiro** seria a moralização dos estilos arriscados de vida- correr riscos em função de comportamentos e pessoas e grupos e dos correspondentes estilos de vida desregrados nos quais podem veicular conotações ligadas aos terrenos do “pecado” ou da “fraqueza de caráter”; **o segundo** pela responsabilização individual, o foco voltado, para o controle dos comportamentos individuais que enfatiza a busca de transformações de aspectos macrosociais que estimulam condutas chamada de risco (CASTIEL,2015,p.47).

Para homens e mulheres que se descobriram com câncer colorretal, não podemos olhá-los, sob o ponto de vista da doença, mas de seus resultados e da mudança que ela provoca na vida de

cada pessoa e em seu entorno pessoal, social e familiar. Eles são obrigados a fazer escolhas que vão aparecendo na maioria das vezes e nas quais, não podem decidir, ou seja, manter a sexualidade ou perdê-la na transformação provocada pela cirurgia, a seguir um estilo de vida que na maioria das vezes são orientados pelas políticas e práticas de saúde.

Segundo Castiel (2015, p.49) “o estilo de vida pode ser entendido como um conjunto relativamente integrado de práticas individuais voltadas para as necessidades utilitárias que representam vestígios de identidade de cada ser, pois além do ‘ como agir”, refere-se a “quem ser”. “Tais práticas consistem em ações aparentemente automáticas relativas a hábitos de comer e de vestir-se, a forma de morar, o modo de deslocar-se especialmente a lugares a frequentar, etc”.

As questões que envolvem este estudo nos tiram da ilusão de que podemos tratar de estilo de viver e de cuidar simplesmente pensando no que está definido como práticas e políticas, e que estas estão atravessadas por mitos, símbolos, representações, desejos que fazem parte do real e do subjetivo, principalmente quando está em jogo criar estilo de ser e de cuidar para ajudar a resgatar a sexualidade, que nós profissionais acreditamos ter sido perdido a partir da doença.

Como também é arriscado criar estratégias para saber sobre este estilo de resgate por que trata da invasão de um corpo que é do outro e ele pode não querer falar sobre isso claramente, ou que entremos em sua privacidade sem sermos convidados. Os homens e mulheres que vivem estas experiências, estão submetidos a diversos riscos, não só físicos (recidivas, infecções), como psicológicas (dificuldades de enfrentar a nova imagem corporal e de ordem emocional, medo, sentimentos de abandono, de rejeição, impotência...) o que os obriga a tomar novos rumos, escolher novos elementos perigosos para todos que o cercam. no seu estilo de viver, para descobrir novo mundo que agora é real.

Não trata de pensar o estilo que envolve padrão de consumo, mas daquilo que é entendido por Featherstone in: (CASTIEL,2015,p.49) além, de incluir elementos inconscientes, padrões classificatórios, predileções (explícitas ou não) relativas “ideia de que o indivíduo faz de seus gostos e de suas escolhas estética-arte: comida, bebida, indumentária, entretenimento, ampliar o estilo de vida na própria apresentação corporal de si mesmo, na forma da relação com o próprio corpo, tais como: fisionomia, postura, linguajar, padrões discursivos, modos de gesticular, andar, sentar, comer, beber, etc”.

Assim, pensar no estilo de viver desses homens e dessas mulheres, não é tarefa fácil de ser pensada e muito menos objetivada, em relação não mais à saúde, mas à doença instalada. Precisamos acreditar que ter um estilo de viver depende de escolhas, e que somos livres para

escolher, e isso diz respeito a liberdade que não depende dos outros, mas única e exclusivamente de cada um de nós e de cada um deles.

2.6-Imagem Corporal

A imagem corporal é a imagem mental do corpo e não é necessariamente compatível com a estrutura corporal ou aparência real de uma pessoa. Ela estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia (CAPISANO,2010, p.268; PORTER, PERRI,2009, p.413).

A percepção da mudança pelo indivíduo e a sua importância relativa colocada sobre a imagem corporal afetam o significado de perda de função ou mudança na aparência. Embora não detectadas pelos outros, estas mudanças corporais têm impacto negativo, devido a imagem corporal negativa, que frequentemente leva a efeitos adversos na saúde, como a depressão (CAPISANO, 2010, p. 389).

A personalidade humana atravessa situações das mais diversas na vida, tornando-se imperiosas as mudanças e adaptações. Essas alterações refletem na construção da imagem do corpo. Não há imagem corporal sem personalidade, pois ambas mantêm relação íntima e específica (PORTER, PERRY;2009, p.414).

Do ponto de vista psicanalítico, a imagem corporal é construída através da interação entre o ego e o id, em interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais (PORTER, PERRY;2009, p.415).

A imagem corporal engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experiência e conceitua seu próprio corpo. Ela está ligada a uma organização cerebral integrada, influenciada por fatores de sensopercepção (olhar, escutar, olfato, paladar, etc), processo de desenvolvimento e aspectos psicodinâmicos. **A imagem corporal reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante. Percepções que se concretizam em um corpo.**

A estrutura libidinal da imagem corporal só pode ser compreendida no contexto da história de vida do indivíduo, estudando seu desenvolvimento libidinal desde a infância e levando em conta, até mesmo, sua base constitucional ou orgânica (TAVARES; 2009, p.101).

A imagem corporal possui um eixo pulsional que sustenta de modo essencial a individualidade e é o ponto de partida para o desenvolvimento da identidade da pessoa. À existência desse eixo vinculado ao corpo contrapõe a concepção de “ser sob certa medida”. Nossas ações, sentimentos e sensações apresentam conexão com o mundo, estando sempre impregnados

e dimensionados pela energia das pulsões, própria de nosso corpo a cada momento. A imagem corporal varia segundo as tendências psicosexuais de cada indivíduo, influenciado pelo desejo aumentam a zona erógena do corpo relacionada ao desejo estará no centro de sua imagem cerebral (PORTER, PERRI;2009, p.414).

A imagem corporal não é sempre a mesma. É lábil, mutável e incompleta. Depende do uso que fazemos dela, de nosso pensamento, de nossas percepções e das relações objetais. O homem considerado “normal” mantém a unidade do corpo em virtude do predomínio de tendências construtivas. A modelagem embora vaga e nunca definitiva acompanha as necessidades da vida. (PORTER, PERRY;2009, p.416).

Temos que considerar que os fatores socioculturais, além da mídia e a globalização são fatores que interferem no modelo de imagem corporal, a serem seguidos ou percebidos.

2.7-CUIDADOS e a busca de fundamentos específicos: para o corpo após cirurgia por câncer colorretal

A busca por teóricas de enfermagem que estejam diretamente preocupadas em dar conta de um saber-fazer cuidados sobre a sexualidade humana é ausente no que diz respeito ao tema. No entanto, é possível encontrar enfermeiras interessadas com readaptação naquilo que é peculiar ao corpo físico – biológico, mas aspectos que envolvem a cirurgia e seus transtornos no pós operatório, quiçá indicações de cuidar-ao sujeito como um todo e pensar a sexualidade destes homens e mulheres.

Estes podem ser sujeitos de intervenções adaptativas e encontram-se com sintomas pós cirurgia, como disfunção erétil, urinária e fecal, mudança do esquema corporal, descontrole de flatus e perda da sexualidade, nos indicando que é necessário ações adaptativas para um novo estilo de viver e exercer a sexualidade.

Os fundamentos em Patricia Benner (2004, p.188) concentram-se em nos dizer o que é uma enfermagem clínica, que envolve: “saber, ser e agir com perícia e ética na prática de Enfermagem, que é preciso acomodar sistemas de cuidados para melhor acomodar o trabalho de cuidar profissional e clareia o que é aprendizagem afirmando que ela é um diálogo entre princípios e práticas”.

Benner (2004, p.188) nos mostra como saber a forma como uma pessoa passa, a saber, o estabelecimento de relações entre os acontecimentos e o saber como aquisição de competências que são da ordem de cinco níveis, que só são adquiridos quando passamos pela escola de uma

exigência para os enfermeiros fazerem suas intervenções de forma adequada; a partir de suas experiências e dependendo de cada nível, eles podem estar ou não aptos a cuidar destes clientes, como:

- 1- Ser principiante;
- 2- Ser principiante avançado;
- 3- Ser competente;
- 4- Ser proficiente;
- 5- Ser perito;

Neste estudo é necessário ser competente, proficiente e perito. O modelo de Benner (2005) postula que as mudanças acontecem em quatro aspectos do desempenho que ocorrem em movimento através dos níveis de competências:

1-Deslocação de confiança em princípios e regras abstratas para a utilização de experiências passadas concretas;

2-Deslocação da confiança no pensamento analítico baseado em regras para a intuição;

3-Mudança na percepção que o leitor tem da situação que deixa de ver como compilação de pedaços, igualmente importantes para ver como um todo crescente, complexo nas quais certas partes se destacam como mais ou menos relevantes;

4-Passagem de um observador independente que fica fora da situação para uma posição de envolvimento completamente embrenhado na situação. Com a aquisição dessas competências provavelmente estaremos preparadas para o exercício de uma prática clínica de enfermagem que considere todas as situações que envolvem homens e mulheres com câncer colorretal, que consideram como fundamental o tema sexualidade e isso envolve a atuação prática e científica da enfermeira.

Dos estudos realizados pela teórica, surgiram na análise das transcrições das entrevistas trinta e uma competências identificadas a partir de situações da prática real, surgindo por indução os sete domínios para uma enfermagem clínica:

1-Papel de ajuda; ***só enfermagem**

2-A função de ensinar-treinar; ***interdisciplinar**

- 3- A função de diagnóstico e de vigilância do doente; * **enfermagem**
- 4- Gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente; ***interdisciplinar**
- 5-Ministrar e monitorar intervenções e regimes terapêuticos; ***interdisciplinar**
- 6-Monitorar e assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde; ***interdisciplinar**
- 7-Competências de trabalho organizacional; ***enfermagem**

Ao encontrar nestes postulados sobre o que devemos ser-saber para cuidar dos clientes deste estudo, para um corpo que fisicamente está mudado e fisiologicamente se comporta inesperadamente (perda de fezes, secreções e flatus) e, provavelmente emite sintomas sígnicos e emocionais, que se misturam com signos muito pessoais do corpo e da alma.

Mais uma vez, acreditamos que foi fundamental se aprofundar no conhecimento de nosso corpo e no corpo do outro, ampliando as pesquisas e discussões sobre readaptação para corpos que tiveram seu físico e sua alma recodificados, mesmo que ele externamente mantenha a aparência de normalidade quando intimamente o funcionamento do reto, intestino, ânus, a vagina e o pênis não são mais os mesmos, os quais foram modificados pela cirurgia. A sensação anterior de um corpo íntegro muda com a doença e entra em jogo como estes clientes se percebem agora e de como tinham uma percepção de antes da cirurgia de seus corpos.

Percepção de um “corpo campo” como Merlau-Ponty (2006, p.44) designa é atual, e nos ensina que trata de um objeto já conhecido, já por hipótese, suas propriedades estão modificadas” o que pode ser acreditado é que o objeto da percepção desses homens e mulheres é o seu próprio corpo. Corpos incisos, com corte, recortes, físsuras e novas marcas no seu físico e em sua alma, como objeto de pensar de saber indicar padrões de cuidados.

É interessante dizer como Merlau-Ponty (2006, p.139) pensou o seu próprio corpo: o meu corpo se distingue da mesa, de uma lâmpada, porque ele é percebido constantemente enquanto pode se afastar daqueles, é um objeto que não me deixa. Ele só é objeto por que está diante de mim, porque é observável, situado nos nossos dedos ou de nossos olhares, indivisivelmente subvertido e reencontrado por cada um de seus movimentos. “É objeto porque pode distanciar-se e, no limite desaparecer do meu próprio campo visual”.

Assim terminamos o que pode fundamentar, por enquanto, as ações de enfermagem no plano deste estudo, que precisa se aprofundar não só na questão da adaptação de seus clientes no plano físico, da doença, mas nos aspectos da sexualidade. Entendemos que eles se entendem, como diz Ponty (2006, p.141) “um corpo que se percebe para além da cabeça, ele é visual e objeto nas

partes distantes e à medida que se aproxima dos olhos ele se separa dos objetos”.

A convicção de abordar a sexualidade neste estudo é uma possibilidade de entender e pesquisar este tema, como complexo e íntimo que vai exigir que o método escolhido responda as questões mais abertas qualitativas e nos mostre padrões de intervenção possíveis.

2.8-Padrões de Cuidados

Potter, Perry (2009, p.297) definem como padrão o nível mínimo de cuidado aceito, para assegurar alta qualidade de cuidado aos clientes. Os padrões de cuidados definem os tipos de terapias tipicamente administrados aos clientes com problemas ou necessidades definidas. São as diretrizes legais para a prática da enfermagem e fornecem o mínimo aceitável de cuidado de enfermagem, visto que refletem valores e prioridades da profissão.

Em se tratando dos clientes desta pesquisa, não há um padrão de cuidado de enfermagem estabelecido para reabilitação, motivo de propormos com este estudo padrões e intervenções de enfermagem na disfunção fecal, sexual, nutricional e urinária a estes clientes pós cirurgia por câncer colorretal, tendo em vista que o principal princípio de busca é aliviar o sofrimento.

Como enfermeira especialista em estomaterapia, especialidade que abrange o cuidados a clientes com estomas, feridas agudas e crônicas, incontinência fecal e urinária, nos pautamos nas competências estabelecidas pela Associação Brasileira de Estomaterapia (Sobest) da atuação do enfermeiro estomaterapeuta, para o cuidado aos clientes com incontinência.

Incontinência Urinária ou Anal

a)Pré-operatório

-Realizar consulta de enfermagem, utilizando instrumento de avaliação que possibilite a obtenção de subsídios para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem em estomaterapia (o histórico deve contemplar dados relacionados aos aspectos sócio demográficos, da saúde em geral e outros aspectos relevantes, bem como o exame físico).

-Orientar quanto ao ato operatório, ao preparo prévio em geral, o uso de cateteres e equipamentos coletores diversos, os programas públicos de assistência e outros.

-Fazer teste de sensibilidade para o uso de equipamentos, quando pertinente.

-Encaminhar a outros profissionais, se necessário.

-Planejar e executar visita domiciliar, em alguns casos particulares, para avaliar as condições da habitação, a dinâmica das relações familiares e a influência desta na participação do indivíduo nas atividades do cotidiano.

-Participar da realização de exames para a elucidação de diagnóstico, quando integrada à equipe de cuidado a pacientes incontinentes, desde que obtenha os pré-requisitos técnico-científicos para tanto, estabelecidos pela SOBEST.

b)Intra operatório

Fazer intercâmbio com a equipe cirúrgica para troca de informações quanto aos equipamentos adequados ao tipo de cirurgia, para a promoção de melhor qualidade de vida ao paciente.

c)Pós-operatório imediato e mediato;

-Realizar a visita para avaliar as condições do cliente e da ferida operatória, a presença de complicações e condições dos equipamentos, a fim de prescrever os cuidados necessários e orientar a equipe da unidade de internação, quanto aos mesmos.

Realizar, progressivamente, as orientações de autocuidado ao paciente e cuidador, promovendo a sua reabilitação.

d)Pós-operatório tardio(ambulatorial ou domiciliário)

-Avaliar as condições da pele e da ferida cirúrgica e a presença de complicações.

-Reforçar as orientações prévias, quando necessário.

-Preparar e orientar para a realização de diário vesical e/ou evacuatório, para o embasamento de futuras condutas.

-Orientar e implementar os treinos vesical e/ou intestinal, com vistas à reeducação do paciente no tocante aos hábitos miccional e evacuatório.

-Orientar e implementar o cateterismo vesical intermitente limpo, preparando o paciente para o autocuidado, ou treinando o seu cuidador, quando indicado.

-Implementar o cateterismo vesical de demora, bem como o uso de equipamentos adequados, quando indicado.

- Encaminhar a outros profissionais da equipe interdisciplinar, quando se fizer necessário.
- Estimular e/ou auxiliar o retorno dessa pessoa à participação social.
- Enfatizar a importância da participação em grupos de autoajuda.
- Acompanhar a evolução da doença de base associada e eventual tratamento adjuvante, orientando o cliente quanto aos exames de rotina e especializados.
- Avaliar, de modo contínuo, as atividades assistenciais prestadas ao cliente, bem como os equipamentos usados nesses cuidados, através de protocolos, com vistas à qualidade de vida dessa clientela.

Reeducação do incontinente

Após avaliação minuciosa, para pacientes com incontinências urinária e/ou anal, ou para estabelecer programa preventivo de incontinências, quando pertinente, o enfermeiro estomaterapeuta poderá:

- Preparar e orientar para a realização de diários vesical e/ou evacuatório, para o embasamento de futuras condutas.
- Orientar e implementar o treino vesical e/ou intestinal, com vistas à reeducação do paciente aos hábitos miccional e evacuatório.
- Orientar e implementar o cateterismo vesical intermitente limpo, preparando o paciente para o autocuidado, ou treinando o seu cuidador, quando indicado.
- Implementar o cateterismo vesical de demora, bem como o uso de equipamentos adequados, quando indicado.
- Orientar e realizar programa de exercícios para o fortalecimento da musculatura do soalho pélvico, com vistas à obtenção da continência urinária e/ou anal.
- Realizar programa de biofeedback, para propiciar ao paciente o reconhecimento das estruturas anatômicas a serem fortalecidas, por ocasião da realização de exercícios perineais.
- Orientar e realizar programa de uso de cones vaginais, com vistas ao reconhecimento e fortalecimento da musculatura do soalho pélvico.
- Realizar terapia de eletroestimulação para fortalecimento de musculatura do soalho pélvico, com o uso de eletrodos de superfície, probes endovaginais ou endoanais, quando necessário.
- Avaliar, implementar e orientar a utilização de pessários vaginais para a correção de prolapso de órgão pélvico, quando indicado.

- Avaliar, implementar e orientar a utilização de plug anal para a melhora da continência anal, quando indicado.
- Avaliar, implementar e orientar a utilização de demais equipamentos disponíveis no mercado, com vistas a melhorar a continência urinária e/ou anal e seu impacto na qualidade de vida dos clientes por elas acometidos.

BASES METODOLÓGICAS

O método escolhido é qualitativo por que pretendemos nos aproximar da realidade de viver de homens e mulheres após cirurgia por câncer colorretal. Abrir uma janela para conversar com eles, tentar compreender como vivem depois da cirurgia e de como seus corpos se adaptaram a nova realidade. Rastreamos suas narrativas sobre como se encontram, o que sentem e o que querem., além de quantificar os dados pela matematização.

Minayo e Deslandes (2007, p.18-19) nos diz que o próprio conceito de método já é, em si, um assunto controverso e o desafio é a contribuição para superar as posturas, muitíssimas frequentes, de tratar separadamente, “questões” epistemológicas” e instrumentos operacionais. Para elas a metodologia se expressa nos métodos, nos experimentos nos *surveys*, nas histórias de vida e em todas as modalidades de abordagem buscando se adequar a realidade, de tal forma que o processo científico e seus resultados possam se tornar público, ser debatidos e também testado por outros investigadores”.

O tema aqui estudado, exigiu de nós muito trabalho na busca não só de ouvir, mas de olhar para encontrar subsídios de padrões de viver após o câncer num território vivencial que Minayo e Deslandes (2007, p.197), dizem que:

“Fazer- refletir-refazer, onde o concreto e o abstrato são tecidos num desenho de pesquisa real que congrega pesquisadores e instituições. Ao mesmo tempo, novas propostas para essa articulação continuam sendo produzidas, demandando debate aberto e inclusivo.”

Nomear este estudo de qualitativo, nos deu a dimensão ao que buscamos, pois exigiu de nós postura etnográfica e fenomenológica, quando estivermos nos encontrando com eles. Para isso foi necessário esclarecer que: “ a única linha que nos uniu foi a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos (homens e mulheres pós cirurgia de câncer colorretal) nas falas, nas narrativas, nas relações e nas práticas e nas suas interpretações.

Produzir ou ampliar o conhecimento sobre a situação desses homens e mulheres não é algo fácil se queremos chegar a alguma “verdade”. Esta investigação sobre a possibilidade da verdade, carrega, portanto, a necessidade de interrogar a natureza do conhecimento (que temos sobre eles e o câncer) examinar sua validade. Assim, a noção de conhecimento parece-nos um território a ser decifrável, mas, desde que a questionamos, ela se fragmenta, diversifica-se, multiplica-se em inúmeras noções, cada uma gerando nova interrogação.

O estudo encontra-se no coração do problema desses homens e mulheres, onde é o sujeito que vai nos ajudar a produzir conhecimento, como diz Morin (2015, p.63):

uma biologia do conhecimento da vida que introduz-nos na vida do conhecimento de maneira extraordinariamente íntima, que considera o sujeito cognoscente (nossos homens e mulheres), entendendo que a cognição é um fenômeno individual, está associado à auto-poiese do sujeito cognoscente (que pensa).

Lembra-nos ainda (MORIN,2015, p.62-63) que a dimensão cognitiva é aí indiferenciada da organização produtora do ser e da organização da ação. Mesmo quando o conhecimento se diferenciará e autonomizará, ela permanecerá inseparável da organização, da ação, do ser. Ser, fazer, conhecer são no domínio da vida, originalmente indiferenciados e, quando forem diferenciados, continuarão inseparáveis. Qualificar nosso estudo a partir dessas considerações a partir de uma ação- conversa – diálogo – conversa, por si só, pode ser um desafio “silencioso”, pelo tema a ser abordado, mesmo sabendo que nossa experiência empírica, mostra que eles, durante o cuidado, falam de suas vidas e de seus medos.

Alguns princípios devem ser considerados como cuidados, orientadores no método escolhido que Minayo e Deslandes (2007,p.195), destacam como:

*A compreensão/explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde;

*Explicação em extensão de como esses sujeitos agregados em nível populacional, tornam-se exposto-vulneráveis a eventos ou processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem, como demandam tratamento/atenção.

O que poderá nos encaminhar para essas exigências científicas, quanto a este tipo de estudo foram os instrumentos escolhidos para a produção de dados e conhecimento sobre a vida desses homens e mulheres que tem câncer colorretal. Estamos atentos que ao o que os autores dizem quanto a:

*Em termos qualitativos, um subjetivismo estéril, essencialmente baseado nas evidências imediatas das falas ou práticas que se pretende analisar. Ingenuamente passa acreditar que os dados “falam” por si e que basta repetir longamente os trechos da entrevista feita ou diário de campo, pretensamente substituído o trabalho teórico de interpretação dos pesquisados;

* Os Caminhos na produção de DADOS:

- A Primeira Parada:

Local de estudo:

A pesquisa foi realizada em consultório do Ambulatório da cirurgia abdominopélvica, do Hospital de Câncer I - Instituto Nacional de Câncer na cidade do Rio de Janeiro.

O Instituto Nacional de Câncer é referência nacional e internacional no tratamento oncológico. É o órgão responsável pela Política Nacional de Câncer na esfera da prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde com vistas a evitar o câncer. O ambulatório de cirurgia abdomino pélvica é responsável pelo acompanhamento de pacientes submetidos a cirurgia do trato digestivo e pelve, no pré e pós operatório, e no *follow up*.

- Segunda Parada

Participantes da pesquisa:

- Critérios de Inclusão

- Clientes pós cirurgia por neoplasia colorretal, atendidos no ambulatório de cirurgia abdomino-pélvica do hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer;
- Com idade a partir de 18 anos;

- Critérios de Exclusão

- Clientes com neoplasia colorretal, que não foram submetidas à cirurgia;
- Clientes com neoplasia colorretal que realizaram cirurgia e foi realizada colostomia definitiva;
- Clientes que ainda estejam com colostomia provisória;
- Clientes que estejam em tratamento adjuvante com quimioterapia;

- Terceira Parada

Dos Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada no ano de 2016 no CEP-UNIRIO – CAAE nº: 55025416.5.3001.5274 e aprovado no CEP-INCA CAAE nº:55025416.5.0000.5285.

Em atendimento a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde/MS, os participantes da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem sido

devidamente esclarecidos por mim, quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumo da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo (apêndice 1).

O TCLE foi apresentado e explicado ao cliente no momento que foi convidado a participar do estudo. As entrevistas foram realizadas no consultório de enfermagem da cirurgia abdomino pélvica, andar térreo do Hospital do Câncer I – INCA - MS.

O encaminhamento do (a) cliente para a pesquisa ocorreu quando do seu comparecimento para consulta com o médico no ambulatório. Ele foi então encaminhado para a pesquisadora, para explicação do estudo e consentimento em participar da pesquisa.

- Quarta Parada

A captação de clientes para a pesquisa foi aleatória. A pesquisadora, comparecia ao consultório no ambulatório do Serviço de Cirurgia Abdomino Pélvica e fazia a busca nos prontuários de clientes que já estavam agendados para aquele dia e que aguardavam consulta médica naquele horário. Neste momento observou-se que haviam pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão, entretanto ficaram restritos devido ao critério de exclusão, pois ou, estavam com doença em evolução ou estavam em tratamento quimioterápico, ou ainda estavam aguardando para fechar o estoma intestinal.

Se obedeciam aos critérios de inclusão, eram então convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora, era apresentado o TCLE, realizado a explicação e motivo da pesquisa. Se houvesse aceitação do cliente, então procedia-se a entrevista (apêndice 2), sendo captado e selecionado 14 clientes, e os dados complementares foram obtidos nos prontuários (apêndice 3).

Nessa ocasião expliquei para eles o porquê de nossa solicitação e que estaríamos produzindo os dados sobre suas narrativas de vida, do sigilo absoluto do texto, que eles deviam ler e autorizar o seu uso no estudo, como os dados seriam guardados e por quanto tempo, e que podiam desistir de participar e de retirar o texto produzido.

- Quinta Parada

- O Encontro com ELES

Para nos encontrar preparei um roteiro de entrevista, sabendo que poderia intervir durante o processo para esclarecer as respostas quando nos parecesse necessário. O consultório passou a ser o espaço de conversar sobre suas “narrativas de vida” (apêndice 4), sem ser necessariamente o método escolhido. O lugar do teste de uma arte de compreensão sobre suas vidas pós cirurgia por câncer colorretal, no qual a hermenêutica tem sua função central, que Minayo e Deslandes (2007,

p.84), entendem como unidade temporal é o presente no qual se marca o encontro e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual (.....), na lógica hermenêutica, nem sempre a linguagem é considerada transparente em si mesma, pois tanto é possível chegar a um entendimento. Assim precisamos responder nossa questão que envolve a compreensão do que é viver, após a cirurgia de câncer colorretal. Para nós pode ser o princípio, o entendimento numa compreensão de uns se entenderem com os outros.

Buscamos na hermenêutica algumas balizas para a compreensão do sentido da comunicação, entre seres humanos, parte da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento dela como chão do processo científico e da ação humana. Para Habermass In: Minayo (1987, p.97) essas balizas orientam-nos:

- Saber que ao investigar devemos buscar ao máximo com dados históricos e também pela “empatia”, o contexto de seu texto: dos entrevistados;
- Que o discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura;
- Que quando analisamos documentos passados ou atuais (biografia, material de entrevista, textos oficiais, etc), precisamos para entendê-los, adotar uma postura de respeito pelo que dizem, supondo que, por mais obscuridade que apresentem à primeira vista, sempre terão um teor de racionalidade e de sentido;
- Como intérpretes temos o dever de levar a sério o documento que temos a nossa frente;
- Não devemos buscar nos textos, uma verdade essencialista, mas o sentido que quis expressar quem os emitiu;
- Só estaremos em condições de compreender o conteúdo significativo do cronograma

Após todas as entrevistas realizadas trabalhamos os textos, pela abordagem da Análise de Conteúdo. As entrevistas foram gravadas e transcritas e cada pergunta feita pelo entrevistador foi separada em conjuntos da mesma pergunta. Entendemos por Análise de Conteúdo: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagens (BARDIN,2010,p.20).

A identificação das entrevistas, se dá por numeração, exemplo: entrevista 1, entrevista 2,

etc. Dos dados produzidos nas entrevistas destacamos as frases e palavras que respondem o que perguntamos e organizamos, os conteúdos textuais como orienta Bardin (2010, p.121):

*Pré análise

*Leitura flutuante

*Exploração do material

*Organização das falas (registro)

* Organização da análise e a instituição das categorias

Da Organização e Análise dos Dados

Análise Qualitativa

Para Deslandes e Assis (2002, p.206) “a interpretação é uma questão que nos parece importante no diálogo das diferenças, entre esses dois caminhos de fazer ciência. Na perspectiva qualitativa a ideia de que seu objeto é sempre uma representação conceitual, em outros termos não se destina à interpretação de fatos, mas à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos, de clientes com câncer colorretal sobre a cirurgia e suas consequências, as práticas e as concepções. O que os estudos qualitativos produzem é uma interpretação que se assume como tal, não se candidata como a verdade, mas como uma versão científica da realidade”.

Assim multiplicando-se as narrativas de vida de pessoas que se encontram em uma situação social similar ou participando do mesmo mundo social, e centrando seus testemunhos sobre esses segmentos, procura-se enriquecer os conhecimentos adquiridos por suas experiências diretas sobre esse mundo ou essa situação, sem por isso se sentir preso na necessária singularidade, nem no caráter inevitavelmente subjetivo da narrativa que dela será feita (BERTAUX, 2010, p.46).

Relacionando-se vários testemunhos sobre a experiência vivida de uma mesma situação social, por exemplo, foi possível superar suas singularidades para alcançar, por construção progressiva, uma representação sociológica dos componentes sociais (coletivos) da situação (BERTAUX, 2010, p.47).

A organização e a análise dos dados das Narrativas de Vida foram realizadas, já que a análise de conteúdo poderia ser uma análise de “significados” que Bardin (2010, p.37) diz exemplificando: a “análise temática”, embora possa ser também uma análise dos “significados

(análise lexical, análise dos procedimentos). Por outro lado, o tratamento descritivo constitui uma primeira fase do procedimento sobre a linguística e a semântica, poder uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo aproximativas, subjetivas para pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido.

Para organização da análise dos dados produzidos com as Narrativas de Vida, utilizaremos as etapas sugeridas:

- 1) Pré análise;
- 2) Exploração do material;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

- 6º Parada - Pré Análise – leitura flutuante dos textos

Após a leitura atenta de todas as 14 entrevistas (texto), foi selecionado numericamente as unidades de análise. O texto bruto das entrevistas somou mais de 8.000 palavras que foram organizadas através de UNIDADE de REGISTRO.

- 7ª Parada: Dos códigos classificados em CORES e legenda;

a) Uma observação – aqui merece uma explicação sobre os destaques das Unidades de Registro analítico dos códigos classificados em CORES que exige uma legenda, como descrita a seguir e que também foram utilizadas nos fragmentos textuais dos depoimentos:



Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver;



Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação;



Problemas gerais e administrativos, que envolve o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.



Fé, emoções, sentimentos, lascas de Sexualidade, subjetividades;

b) Leitura flutuante do texto organizado em unidade de análise, no qual destacamos temas orientadores da organização final, como apresentaremos a seguir:

- a vida antes da cirurgia;
- vida sexual;
- a vida depois do diagnóstico/cirurgia;
- consequências no corpo – sinais e sintomas;
- como conviver com a situação;
- aparência do corpo;
- como vive agora;

c) Os destaques das unidades de análise seguiram essa orientação, como se apresenta nos resultados que se seguem;

d) Decidimos também, o destaque das unidades por cores para facilitar a organização quantitativa e os encaminhamentos para categorização;

8ª Parada: Sobre os Dados Demográficos

Para abordarmos nossa clientela, precisamos conhecê-los (as) para melhor entendimento do seu universo:

Quadro 1: Idade/Sexo/Tempo de Estoma Intestinal/Tempo Pós Fechamento Estoma Intestinal/Tempo Pós Cirurgia

Participante	Idade	Sexo	Tempo que ficou com Estoma intestinal	Tempo Pós Fechamento do Estoma Intestinal	Tempo Total Pós Cirurgia
1	62	F	1 ano	15 anos e 9 meses	16 anos e 9 meses
2	61	M	2 anos e 6 meses	01 ano e 2 meses	03 anos e 8 meses
3	54	F	5 anos e 6 meses (teve fístula reto vaginal)	02 anos	07 anos e 8 meses
4	58	M	04 anos	01 ano e 4 meses	05 anos e 4 meses
5	57	F	1 ano e 9 meses	02 anos e 01 mês	03 anos e 10 meses
6	56	F	2 anos e 2 meses (teve fístula na anastomose colorretal e fístula reto vaginal+estenose anastomose colorretal)	01 ano e 2 meses	03 anos e 4 meses
7	76	M	1 ano e 11 meses	14 anos e 5 meses	15 anos e 4 meses
8	65	F	4 meses	08 anos e 11 meses	09 anos e 7 meses
9	75	F	8 meses	14 anos e 5 meses	15 anos e 1 mês
10	41	M	1 ano e 7 meses (teve estenose anastomose colorretal)	06 anos e 11 meses	08 anos e 6 meses
11	55	M	1 ano e 7 meses	01 ano e 7 meses	03 anos e 4 meses
12	72	M	10 meses	08 anos e 8 meses	09 anos e 6 meses
13	57	M	02 anos e 5 meses	04 meses	02 anos e 9 meses
14	71	M	04 anos e 7 meses	-----	04 anos e 7 meses

Quanto maior o tempo com estoma intestinal, maior o risco de complicação na cirurgia de decolostomia/deileostomia, e também maior a incidência de dificuldade de readaptação da função intestinal normal, devido ao desuso do reto e ou canal anal, associado a idade, tipo de cirurgia realizada e realização de radioterapia.

O tempo pós fechamento do estoma intestinal, não foi um fator determinante para melhora da função de evacuação e controle esfinteriano, e não atenuou a disfunção fecal nos clientes, pois eles conseguiram se adaptar e conviver melhor com esta disfunção.

Quadro 2: Estado Civil

Estado Civil	Casado (a)	Separado (a) Divorciado(a)	Viúva	Solteiro	União Estável
Nº	7	2	2	1	2
Sexo	4 M e 3 F	F	F	M	1F e 1 M

A presença do (a) companheiro/esposo (a), no processo de adoecimento, se houver o apoio deste é um fator que contribui na superação das dificuldades do tratamento.

Quadro 3: Grupo/ e ou familiar com quem o cliente convive;

Esposo (a)	Filhos	Sozinho (a)	Outro
8	8	2	1

Todos os clientes da pesquisa relataram o apoio da família, mesmo os dois que moram sozinhos, e este fator contribui para a recuperação e reabilitação, pelo fato de terem o suporte e acolhimento familiar.

Quadro 4: Tratamento Neo Adjuvante e/ou Adjuvante com Quimioterapia e/ou Radioterapia

Tratamento	Quimioterapia	Radioterapia
Neo Adjuvante	7	7
Adjuvante	8	4

A quimioterapia e a radioterapia neo adjuvante, é utilizada no pré operatória em tumores avançados, a fim de diminuí-los e torná-los ressecáveis. E quando usado no pós operatório é para maior controle da doença. Além disso a radioterapia, é um forte fator nas disfunções fecais pós cirurgia por câncer colorretal.

Quadro 5: Complicações do Estoma Intestinal (nos clientes que ficaram com estoma intestinal provisório).

Tipo de Complicação	Prolapso	Retração	Hérnia Paracolostomica	Má Posicionamento
Nº	6	2	1	1

A complicação de um estoma intestinal, acarreta desconforto, insegurança e *stress*, pois provoca o descolamento do equipamento coletor (bolsa) com mais frequência, propicia lesões de pele para estomal, que dificultam o auto cuidado e a adaptação. Isto é evidenciado nas narrativas dos clientes em estudo (apêndice V).

- **9ª Parada:** Apresentando os resultados como Unidades de Registro e o caminho para a organização da Análise:

Questão 1: Como era sua vida antes da cirurgia; quando ficou doente, como reagiu;

Quadro 6: Vida antes da cirurgia, diagnóstico, reação do cliente frente ao diagnóstico;

Entrevista	Texto	Unidades de Análise
01	Bem, dançava, tomava minha cervejinha. Parei de fumar há 8 anos por eu quis. Não tinha nada. Minha pressão sempre foi boa. Demorava para evacuar de 3-5 dias as vezes até uma semana. Mas nunca esquentei minha cabeça, porque quando evacuava, evacuava normal. Até o dia que pingou sangue. Me preocupei. Achei que aquilo não era normal. Me despertou para eu procurar um proctologista. Foi aonde começou meu tratamento. Eu era voluntária aqui.	1-Dançava, tomava cerveja; 2-Nunca esquentei a cabeça; 3-Minha pressão sempre foi boa; 4-Evacuava normal; 5- Até o dia que pingou sangue; 6-Me preocupei; 7-Achei que não era normal; 8-Me despertou para procurar um proctologista; 9-Foi onde começou meu tratamento; 10- Eu era voluntária aqui 1-
02	Era uma vida normal, ia no banheiro todo dia. Logo depois que eu comecei a ter sangramento, saía sangue, mas a princípio dava vontade de ir no banheiro, ia no banheiro, sangrava, evacuava normal, mas tudo bem. Posteriormente descobriu-se o problema, eu vim para cá e foi feito a operação e na operação você pode saber melhor.	11-começou a ter sangramento; 12- saía sangue; 13- a princípio dava vontade de ir ao banheiro; 14- ia no banheiro sangrava; 15- evacuava normal, tudo bem; 16- descobriu o problema foi feito a operação; 17-na operação você sabe melhor;

03	<p>Eu ia na igreja, numa festinha de aniversário, numas coisinhas light. Assim nada de ficar bebendo. Passava muito tempo sentada, trabalhava de cobradora de ônibus, e eu já tinha hemorroida no ânus. Não sei se foi a hemorroida, que eu senti que entrou assim para dentro e depois de um certo tempo passei a ter sangramento. Aí eu comecei a ir ao médico e eles diziam que não era nada. Que era hemorroida mais intestino preso e ressecado. Foi onde eles passaram a me dar laxante, daí onde eu comecei a ter muito diarreia. Tudo que eu comia vinha assim muito líquido e eu comia mamão, ameixa cozida, laranja que era para não prender. Passei a ter muita diarreia. Mas assim com pus e sangue. Assim tudo junto. Mas não sabia o que era. Aí então eu fui e pedi a Deus que me mostrasse um médico que resolvesse o meu problema. Aí foi que consegui marcar uma consulta e com muita dificuldade, num dia de sol muito quente a 01 hora da tarde. Eu tava muito cansada e pensei em não ir. Mas aí pensei! Eu vou nessa consulta, eu tenho que saber o que eu tenho. Essa consulta foi assim, batata. Eu fui nas outras consultas com outros médicos que iam e me davam um toquezinho assim.... Esse não, já deu um toque mais profundo. Perguntou se eu tinha alguém na família com câncer. Pediu uns exames. Mas eu tinha que fazer em Petrópolis. Mas eu não sabia como fazer, nem como marcar. Nem como começar. Mas daí naquela época tava começando uma promoção da OI, que você ganhava uns 100 bônus. Então falei pro médico dessa minha dificuldade. Aí ele me pediu o telefone. Liguei para Petrópolis. Marcou o exame para mim (colonoscopia). Aí já mandaram a dieta, ele passou para mim para fazer antes do exame. Fui, fiz essa retoscopia lá no hospital e já pediram a biópsia e já levei. E logo depois de 01 mês eu trouxe o resultado pra ele e ele já me encostou pelo INPS no mesmo dia que fui na consulta dele. Porque eu não tava mais me aguentando andar mais. Tipo assim, eu tava andando daqui lá fora já sem força. E ele falou para mim assim: eu vou te dar o encaminhamento pro Inca, que era pra me tratar. Eu disse que não queria ir pro Inca, porque a minha cabeça tava assim “Ó”. Ele disse que o meu caso era urgente, que tinha que ir logo.</p>	<p>18-ia na igreja, numa festinha de aniversário; 19-nada de ficar bebendo; 20-Passava muito sentada; 21-trabalhava como cobradora de ônibus; 22- já tinha hemorroida no ânus; 23- depois passou a ter sangramento; 24-começou a ir ao médico; 25- eles diziam que não era nada; 26- era hemorroida mais intestino preso e ressecado; 27- comia mamão, ameixa, laranja para não prender; 28- passei a ter muito diarreia; 29-diarreia com pus e sangue; 30- pedia a Deus que me mostrasse um médico para resolver o problema; 31- consegui marcar consulta; 32- estava cansada e pensei não ir; 33- mas aí pensei, vou nessa consulta; 34- tenho que saber o que tenho; 35-deu um toque mais profundo; 36-fiz a dieta, antes do exame; 37-fiz essa retoscopia, já pediram a biópsia; 38-me encostou pelo INPS; 39- não tava mais aguentando andar; 40-já sem força; 41- encaminhamento pro Inca; 42-me tratar; 43- meu caso era urgente;</p>
04	<p>Eu tinha uma vida comum. Trabalhava, curti minha família. Gostava de um pagodinho no bar da esquina de casa com amigos no fim de semana. tomava uma cervejinha no máximo duas, nunca fui de exagerar. Até que comecei a ter dificuldade para fazer coco e as fezes começaram a sair mais fino, não do jeito normal de sair. E comecei a sentir dor quando ia ao banheiro. Achei que fosse hemorroidas. Então fui no médico, e ele me mandou procurar um proctologista. Quando fui nele ele pediu para fazer biópsia, e deu que eu tinha câncer no reto. Fiquei assim, assustado, chocado, não queria acreditar. Então, fui encaminhado pro Inca.</p>	<p>44-trabalhava; 45-curtia família; 46- pagodinho no bar da esquina; 47- tomava uma cervejinha; 48- nunca fui de exagerar; 49-dificuldade para fazer coco; 50- fezes começaram a sair mais fino, não do jeito normal de sair; 51- sentia dor quando ia ao banheiro; 52-fui no médico; 53- fiz biópsia; 54- tinha câncer no reto; 55- assustado, chocado;</p>

05	<p>Eu trabalhava e antes de eu descobrir o câncer levei um ano e meio. Sentia uma dor, dor. Fiz vários exames e nenhum acusou nada. Até que um dia no dia 23 de abril 2011 eu evacuei sangue e onde foi que eu descobri o câncer. Ai antes de evacuar sangue eu tive uma febre muito grande e fiquei tratando como dengue hemorrágica, e o médico disse que não era dengue hemorrágica. Ai eu fui e fiquei tratando como dengue hemorrágica ai o médico viu que não era dengue hemorrágica, que era câncer. Aí eu esperei o resultado, ai o médico disse que para operar não tinha jeito, ele disse que não tinha jeito. Daí ele perguntou com um pouco de desprezo aonde eu queria tratar, se no Antonio Pedro ou no Inca, ai eu disse que queria o Inca, daí ele me deu um papel e eu vim para cá. Ai comecei tratar aqui. E já faz 5 anos que me trato aqui. Eu amo, amo o Inca. Minha segunda chance de vida foi aqui. Eu levava antes disso tudo um vida normal em tudo. Não tinha prisão de ventre, problemas de fezes.</p>	<p>56- trabalhava; 57-sentia uma dor; 58-fez exames não acusou nada; 59- evacuei sangue; 60-descobri o câncer; 61-tive febre; 62-fiquei tratando como dengue hemorrágica; 63-não era dengue hemorrágica, que era o câncer; 64-médico disse que para operar não tinha jeito;65-encaminhamento para o Inca; 66-começou a tratar; 67-ama o Inca; 68-segunda chance de vida; 69-tinha vida normal antes; 70- Não tinha prisão de ventre, problemas de fezes.</p>
06	<p>Minha vida era normal trabalhava e estudava. Aí no final do último ano, que foi quando meu filho se casou. Eu fiz Serviço Social. Eu me formei. Qd em Julho de 2012 já era funcionária do eu trabalhava como auxiliar adm. E foi no banheiro da escola, pois o banheiro da minha casa é escuro. Então eu almoçava e corria pro banheiro isso no decorrer de um tempo, uns meses na minha casa toda hora no banheiro, eu observei umas raizinhas de sangue, então no colégio um certo dia fui evacuar e saiu mais. Mas até aí tudo normal. Por que acho que a doença ela veio mas não deixei ser vencida por isso, acho que não é por aí. Aí eu tinha uma consulta com um clinico no PAM de Del Castilho, relatei pra ele o que estava acontecendo ele me encaminhou para um proctologista, então naquele sistema do Sisreg que demorava meses para sair, aí levou uns cinco meses, ai quando saiu eu fui atendida no Hospital da Piedade, e onde eles fizeram um exame mais apurado eu achei que foi praticamente a biópsia que fizeram ali. Aí eu tive um problema, que a doutora não me relatou o problema que deu adenocarcinoma, ela não me falou pessoalmente, ela escreveu no papel 3 hospitais para eu procurar, assim. Não chegou para mim e disse, é isso . Ai dali, com o papel na mão, eu estava chorando, uma moça me indicou o administrativo na administração do hospital, aí conversei, deu algumas coisas erradas, pois trocaram meu nome. Mas Graças a Deus, Deus coloca as pessoas certas no nosso caminho. Ai fui e falei com um Sr., ele viu que estava tudo errado, na lâmina, não combinava com meu nome, pois meu nome é um nome difícil, foi um momento confuso lá no Hospital da Piedade. Acho que foi o momento mais confuso de tudo. Mas daí pra cá. Pedi meu encaminhamento pro Inca, pois já tinha passado por essa situação, pois meu pai teve em tratamento aqui devido tumor na face. Ele fez quimio e radio, mas teve metástase. Até aí, eu vim pra cá, pois já conhecia o caminho das pedras. Não me apavorei. Com o encaminhamento do médico da Piedade eu vim direto pro Inca. Tive que fazer 2 tomografia fora, que estava faltando e quando retornei, no mesmo dia tinha uma vaga para consulta. E comecei meu tratamento. Isso era meados de julho, qd chegou dezembro, comecei a fazer a quimioterapia e eu tive que fazer a radio junto. Que começou em janeiro de 2013. E aí começou Graças a Deus. E eu só tenho a agradecer. Claro um atendimento de vez em quando que uma menina não te atende bem, as vezes</p>	<p>71-vida era normal; 72-trabalhava e estudava; 73-observou umas raizinhas de sangue; 74- tinha uma consulta com um clinico, 75-encaminhou para um proctologista; 76- fez biópsia, deu adenocarcinoma; 77- já tinha passado por essa situação;78- pai teve tumor na face; 79- veio pra cá, pois já conhecia o caminho das pedras 80- não se apavorou; 81- fez quimioterapia e radioterapia; 82- Graças a Deus; 83-sempre foi muito bem assistida ;</p>

	também não tá bem. Mas sempre fui muito bem assistida e no caos que está a saúde hoje, acho que estou bem assistida.	
07	Minha vida era normal. Eu nem sabia que existia câncer. A gente não sente nada, e só vai quando sente alguma coisa. Aí um dia eu tava no meu trabalho, puxei uma beliche e acho que forçou, e rompeu o tumorzinho e começou a sair sangue. Aí falei pra minha irmã que saiu sangue nas fezes, acho que isso não é nada bom. Então procurei um proctologista, que foi assim mal educado, ele disse: só procura a gente quando não tem mais jeito. Foi me assustando. Ele fez toque. Fiz exame de colonoscopia, aí foi batata, deu positivo. Ai, tive que correr atrás. O plano de saúde, não te dá assim segurança de todo o tratamento. Se você tiver que comprar remédios e tudo mais, não dava pra ficar nisso. Então pra ficar seguro, uma colega conhecia um médico, que conhecia o Dr. Sergio, então daí vi pra cá, passei na triagem. Quando cheguei aqui já abriram meu prontuário, meu examinaram. E falaram que eu tava com muita sorte, pois meu tumor estava 9 centímetros acima do meu ânus. Então falaram que talvez não precisasse colocar a bolsa, mas se fosse preciso não seria definitivo. Foi me animando. A partir daquele dia fui encontrando gente como você, muita gente maravilhosa, uns anjos da guarda comigo (cita os nomes dos médicos), sem falar no meu médico.	84- vida normal; 85- começou a sair sangue; 86-procurou um proctologista;87- fez toque; 88-fiz exame de colonoscopia, deu positivo; 89- veio para o Inca; 90-abriram meu prontuário; 91-examinaram; 92- talvez não precisasse colocar a bolsa;93-se fosse preciso não seria definitivo; 94- fui encontrando gente maravilhosa;
08	Antes da cirurgia, já tinha ficado assim, tinha que ter mais cuidado. Só antes quando eu dava aula eu estava em sala de aula, quando tomava um leite quente na escola, sentia que não me fazia bem. Eu descobri meu câncer num exame de rotina. Eu tinha acabado de me separar. Então eu vim para a triagem para poder me matricular. Porque já tinha feito 4 cirurgia no exame (colonoscopia) para retirar pólipos. Então consegui me matricular e fazer a cirurgia, com Dr..... . Porque eu me identifico muito com ele. Porque depois de Deus, ele que salvou minha vida. Porque você sabe, você sai de sua casa longe, e o Dr..... . Foi muito bom e toda equipe dele. Ele me acolheu aqui como médico.	95-tinha que ter mais cuidado; 96- qd tomava um leite quente, sentia que não me fazia bem; 97-descobri meu câncer num exame de rotina;98- tinha acabado de me separar; 99-vim para a triagem para poder me matricular; 100-já tinha feito 4 cirurgia no exame (colonoscopia); 101- para retirar pólipos;102-conseguí me matricular; 103- me identifico muito com ele; 104-depois de Deus, ele que salvou minha vida; 105- Dr....., foi muito bom e toda equipe dele.;106-me acolheu aqui como médico;

09	<p>Eu tinha assim pressão alta, problemas de reumatismos, mas ia levando. D eu era menina, eu batia no banheiro e sangrava e minha mãe falava que era hemorroida né, eu cresci com aquilo. Depois minha mãe morreu e minha irmã me trouxe pra cidade, e assim vim pro Rio de Janeiro e cresci. Quando eu sangrei lá minha infância aquilo me marcou, mas depois cresci, me casei a minha vida mudou e nunca mais tive sangramento. Ai eu comecei assim, já tinha meus filhos, eu comecei a ir no banheiro, e aparecia aquele sangue que pingava, não era hemorragia e comecei a ficar com medo e fiquei três meses assim sangrando e aumentando e eu não quis falar pros meus filhos, porque eu achava que era grave, foi medo, isso foi medo. Aí quando vi que não ia parar mesmo, falei e fui socorrida logo, porque uma amiga da minha filha conhecia o prefeito da minha cidade, essa moça fazia palestra assim pra eleição. Aí minha filha ligou pra ela e marcou um encontro aqui na triagem. Eu já tinha passado pelo Miguel Couto e feito exame lá e a biopsia. Eu fiz um exame que nunca tinha visto uma coisa dessa, foi só com o dedo ela mandou levantar e falou Marinete, isso aqui é problema sério e vai ter que fazer cirurgia de barriga aberta. Nisso minha filha que tava junto, começou a chorar. Mas vim pra cá, passei pelo médico na triagem Dr....., ele falou a mesma coisa. Fez o mesmo exame que a outra médica tinha feito e disse que tinha que fazer cirurgia de barriga aberta. E fiz todos os exames, marquei logo a cirurgia. Fiz aquele exame pra ver o intestino (colonoscopia) e tive uma hemorragia muito forte depois, qd já estava em casa. Minha sobrinha me trouxe pra cá, cheguei aqui muito mal, tive 2 paradas. Mas fui internada. Fui muito bem atendida. Aí fiquei com colostomia um tempo.</p>	<p>107-tinha pressão alta, problemas de reumatismos; 108- sangue que pingava, não era hemorragia; 109-comecei a ficar com medo; 110-não quis falar pros meus filhos; 111-achava que era grave; 112-vi que não ia parar mesmo;113- falei e fui socorrida;114-já tinha passado pelo Miguel Couto lá fez biopsia; 115-fiz um exame só com o dedo; 116- vai ter que fazer cirurgia de barriga aberta; 117- Fez colonoscopia;118-hemorragia muito forte;118-tive 2 paradas;119-foi internada; 120-foi muito bem atendida; 121-ficou com colostomia;</p>
10	<p>Eu descobri muito recente, fiz cirurgia e fiquei normal. Fazia de tudo. Só nunca fumei. Mas não tinha nada. Eu descobri, quando mudei de cidade comecei a emagrecer muito em 60 dias emagreci muito e muita diarreia. Aí no finalzinho já começou a sair sangue nas fezes. Fiz vários exames até descobrir que eu estava com câncer. Pra te falar a verdade, eu já estava mais ou menos esperando que fosse câncer, porque na família do meu pai teve muita gente. Foi meu avô, tias, meu pai, na família dele é genética, aí já viu. Eu descobri e fui encaminhado pra cá. Fiz todo o tratamento. Operei, fiz quimioterapia.</p>	<p>122-descobriu muito recente; 123-fiz cirurgia; 124-fiquei normal; 125-fazia de tudo;126-nunca fumei; 127-descobri quando mudei de cidade 128-emagrecer muito; 129-muita diarreia; 130-começou a sair sangue nas fezes; 131-vários exames;132-descobriu que eu estava com câncer; 133- já estava mais ou menos esperando que fosse câncer;134- porque na família do meu pai teve muita gente; 135- é genética; 136- encaminhado pra cá;137-fez todo o tratamento; 138-operou; 138-fez quimioterapia;</p>

11	<p>Sentia dor e sangramento. No começo pensei, tinha os hospitais que estavam superlotados, tendo algum vírus, assim os médicos tavam pedindo, pra ir só no caso de urgência. Aí eu esperei, nisso que esperei demorou, e as fezes modificaram ficaram escuras e finas. Mas começou eu levantado pra urinar, tinha que defecar, não fazia uma coisa nem outra não consegui urinar sem defecar era complicado. E sentia dor. Fiz um exame particular, mas não achei um médico legal pra mim. Fiz todos os meus exames e o médico não falou nada pra mim. Outro passou remédio nenhum. Chegou então numa fase que não estava aguentando mais sentar, doía pra sentar, doía. Fiz a biopsia em Marechal Hermes e com conhecimento, conheci uma enfermeira que trabalhava aqui, que me orientou. Qd cheguei aqui pra fazer a triagem, confirmou então a doença. Fiquei abalado, mas a gente deixa na mão de Deus. Aí qd cheguei em casa, minha esposa falou: você está com câncer e tem que se cuidar. Então eu disse: tá bom e fui fazer uma oração. Comecei o tratamento, quimioterapia, cirurgia, Graças a Deus deu tudo certinho.</p>	<p>139- Sentia dor; 140-sangramento; 141-as fezes modificaram ficaram escuras e finas; 142-pra urinar, tinha que defecar; 143-era complicado, sentia dor; 144- não achei um médico legal pra mim;145-fez todos os meus exames; 146-o médico não falou nada pra mim;147- não estava aguentando mais sentar; 148-doía pra sentar, doía; 149-fez a biopsia; 150-conheceu uma enfermeira que trabalhava aqui; 151- me orientou; 152-veio pro Inca; 153-na triagem confirmou a doença; 154-Ficou abalado; 155- deixa na mão de Deus; 156-minha esposa falou: você está com câncer;157- tem que se cuidar; 158- fez oração; 159-começou o tratamento, quimioterapia, cirurgia;160-Graças a Deus deu tudo certinho.</p>
12	<p>É o seguinte eu não sabia que isso existia, câncer. Eu ia toda hora no banheiro. Eu fiquei um ano assim. Eu sou uma pessoa que procuro o médico só em última instância. Um primo, uns conhecidos davam o nome disso, Gonorreia é o nome, gonorreia. Isso eu discutia assim, entre homem. E falavam que era gonorreia. Saia um liquido assim pelo intestino. Até que não aguentei mais e tive que procurar o médico. Eu tinha vontade de ir no banheiro, mas não saia coco, saia um liquido, um liquidozinho. Ai teve uma vez que não aguentei mais, procurei um médico paguei a consulta ele me indicou a triagem para fazer exames, quando foi comprovado que eu tava com câncer no reto. Mas não sentia nenhuma outra coisa. Foi verificado que era câncer, e eu tive que ser operado.</p>	<p>161-não sabia que isso existia, câncer; 162-ia toda hora no banheiro. 163-procura o médico só em última instância;164- uns conhecidos davam o nome disso, gonorreia; 165-entre homem, falavam que era gonorreia; 166-saía um liquido assim pelo intestino; 167- não aguentei mais; 168-procurou o médico; 169-tinha vontade de ir no banheiro, mas não saia coco; 170-saia um liquido, um liquidozinho; 171- pagou médico; 172-encaminhado a triagem; 173-fez exames; 174- comprovado que tava com câncer no reto; 175-não sentia nenhuma outra coisa; 176-verificado que era câncer; 177-tive que ser operado.</p>

13	<p>Tinha vários problemas. Bebia muito e fumava muito. Sentia dores na barriga, nas costas e o tempo foi passando, quando foi que tive problemas no testículo, de vez em quando inchava e sangrava, como se fizesse umas feridas, tipo furúnculo, assim cheio de buraquinhos. Só que daí começou a sangrar demais. Fui no urologista ele olhou, fez o toque e disse nós não vamos ver isso agora, eu vou encaminhar o senhor para o proctologista, e marquei consulta no mesmo lugar aonde pagávamos um planozinho numa clínica. Fomos no proctologista, ele fez um procedimento, com preparo em que ele olhou o intestino e disse: Nós não vamos tratar do seu testículo agora, vou encaminhar o senhor para fazer uma colonoscopia. Nem sabia o que era isso, daí ele me explicou. Daí pensei, como vou fazer isso. Ele disse que tinha particular e público, mas que precisa fazer urgente. Nesta época minha filha tava fazendo enfermagem num hospital, e lá ela conseguiu pra eu fazer o exame. O exame constatou que tinha um tumor de 5 centímetros. Mas eu não sentia nada antes disso. Sim, as vezes também tive sangramento pelo ânus, mas não contava nada para ninguém. Eu nessa época brigava muito com minha esposa, porque fumava muito e bebia muito. E voltei com o resultado no proctologista com minha esposa. Ele disse que eu tinha que procurar o Inca. Mas aí, eu não quis vir. Como estava tratando com o neurologista, de problemas de dor, e do meu nervoso. Quando fui na consulta, a minha esposa falou para ele do meu problema. E ele me encaminhou na hora pro Inca, que eu tinha que vir imediatamente. Eu perguntei: Mas como vou chegar lá? Ele disse: Eu vou te dar esse encaminhamento, e você vai cedo e entrega lá. Minha esposa veio antes se informar. E viemos na triagem e começou todo o tratamento.</p>	<p>174-vários problemas;175-bebia muito; 176-fumava muito; 177-Sentia dores na barriga, nas costas; 178-teve problemas no testículo179-inchava e sangrava;180- umas feridas, tipo furúnculo, assim cheio de buraquinhos; 181-começou a sangrar demais; 182-fui no urologista; 183-fiz o toque; 184-encaminhou para o proctologista; 185-foi no proctologista; 186-fez um procedimento com preparo; 187-fez colonoscopia; 188-não sabia o que era isso; 189-exame constatou que tinha um tumor; 190-não sentia nada antes disso; 191-as vezes tinha sangramento; 192-não contava nada para ninguém; 193- brigava muito com minha esposa, porque fumava muito e bebia muito; 194-proctologista encaminhou para o Inca; 195- não quis vir; 196-estava tratando com o neurologista, de problemas de dor, e do meu nervoso. 197-me encaminhou na hora pro Inca, tinha que vir imediatamente; 198-veio na triagem; 199-começou todo o tratamento.</p>
14	<p>Antes da cirurgia era normal, ia uma vez no banheiro. Antes da cirurgia era tudo normal. Já estava aposentado. Eu tinha sangramento, foi quando descobri que tinha câncer. Fui no médico e ele disse que era hemorroida, e eu continuei sangrando. Nisso levou uns oito meses. Fui e troquei de médico, e ele pediu colonoscopia e deu o câncer. Nisso, pedi pro médico o encaminhamento pra cá. Deu tudo certo. Comecei o tratamento, fiz quimio e radio antes da cirurgia.</p>	<p>201-era normal; 202-ia uma vez no banheiro; 203-Já estava aposentado; 204-teve sangramento;205-descobri que tinha câncer; 206-fui no médico e ele disse que era hemorroida; 207- continuei sangrando; 208- levou uns oito meses; 209-troquei de médico; 210-fez colonoscopia e deu o câncer;211-pedi pro médico o encaminhamento pra cá; 212-Deu tudo certo; 213-comecei o tratamento, 214-fez quimio e radio antes da cirurgia.</p>

Quadro 7: Resultado das UNIDADES de REGISTRO da Questão 1, que estão visivelmente matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				

Fonte: Esquematização dos autores

A **1ª Questão** Como era a vida antes da cirurgia, produziu **214 Unidades** de Análise, dos quais:

23 unidades de análise vermelhas - 10,74%

Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

84 unidades de análise verdes - 39,25%

Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

82 unidades de análise marrons - 38,39%

Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

14 unidades de análise azuis - 6,54%

Fé, emoções, sentimentos, lascas de sexualidade, subjetividades.

Observa-se neste momento que a preocupação dos clientes é maior com as secreções, dor e a busca de tratamento que inclui todo um trâmite administrativo. Um corpo que começa a adoecer, que tem sintomas e não busca diagnóstico por que vai tentando resolver até que começa a SANGRAR, ou porque que a dor começa a se tornar insuportável. Mas é um corpo ativo, que trabalha e que vive a vida, como uma dimensão de sua sexualidade.

...antes de eu descobrir o câncer levei um ano e meio. Sentia uma dor, dor. Fiz vários exames e nenhum acusou nada. Até que um dia eu evacuei sangue e onde foi que eu descobri o câncer. Aí antes de evacuar sangue eu tive uma febre muito grande. Aí eu fui e fiquei tratando como dengue hemorrágica aí o médico viu que não era dengue hemorrágica, que era câncer. (Entrevista 5: feminina, 57 anos, união estável, 03 anos e 10 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal)

....eu comecei a ir no banheiro, e aparecia aquele sangue que pingava, não era hemorragia e comecei a ficar com medo e fiquei três meses assim sangrando e aumentando e eu não quis falar pros meus filhos, porque eu achava que era grave, foi medo, isso foi medo. Aí quando vi que não ia parar mesmo, falei e fui socorrida logo...(Entrevista 9: feminina, 75 anos, viúva, 15 anos e 01 mês pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento pós estoma intestinal)

Há também a dificuldade do diagnóstico, do encaminhamento para o tratamento, sobre o que fazer e de como será a partir deste momento. Encontram também, neste percalço, alguns profissionais preocupados e engajados no ajudar e outros que aterrorizam o cliente neste momento de muita incerteza frente ao futuro de sua vida.

Passava muito tempo sentada, trabalhava de cobradora de ônibus, e eu já tinha hemorroida no ânus. Não sei se foi a hemorroida, que eu senti que entrou assim para dentro e depois de um certo tempo passei a ter sangramento. Aí eu comecei a ir ao médico e eles diziam que não era nada. Que era hemorroida mais intestino preso e ressecado. Foi onde eles passaram a me dar laxante, daí onde eu comecei a ter muito diarreia. Passei a ter muita diarreia. Mas assim com pus e sangue. Assim tudo junto. Mas não sabia o que era. (Entrevista 3: feminina, 54 anos, viúva, 07 anos e 8 meses pós cirurgia câncer colorretal, 02 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Então procurei um proctologista, que foi assim mal educado, ele disse: só procura a gente quando não tem mais jeito. Foi me assustando. (Entrevista 7: masculino, 76 anos, solteiro, 15 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Sentia dor e sangramento. No começo pensei, tinha os hospitais que tava superlotados, tendo algum vírus, assim os médicos tavam pedindo, pra ir só no caso de urgência. Aí eu esperei, nisso que esperei demorou, e as fezes modificaram ficaram escuras e finas. Mas começou eu levantado pra urinar, tinha que defecar, não fazia uma coisa nem outra não consegui urinar sem defecar era complicado. E sentia dor. (Entrevista 11: masculino, 55 anos, casado, 03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Percebe-se que o acolhimento no momento de chegada a instituição é acalentador para os clientes, sentem-se seguros.

...aí o médico (fora do INCA) disse que para operar não tinha jeito, ele disse que não tinha jeito. Daí ele perguntou com um pouco de desprezo aonde eu queria tratar, se no Antonio Pedro ou no Inca, aí eu disse que

queria o Inca, daí ele me deu um papel e eu vim para cá. Aí comecei tratar aqui. E já faz 5 anos que me trato aqui. Eu amo, amo o Inca. Minha segunda chance de vida foi aqui. (Entrevista 5: feminina, 57 anos, união estável, 03 anos e 10 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal)

Quando cheguei aqui já abriram meu prontuário, meu examinaram. E falaram que eu tava com muita sorte, pois meu tumor estava 9 centímetros acima do meu ânus. Então falaram que talvez não precisasse colocar a bolsa, mas se fosse preciso não seria definitivo. Foi me animando. A partir daquele dia fui encontrando gente como você, muita gente maravilhosa, uns anjos da guarda comigo (cita os nomes dos médicos), sem falar no meu médico. (Entrevista 7: masculino, 76 anos, solteiro, 15 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

2ª Questão: Corpo Após Cirurgia Câncer Colorretal: Vida Sexual

Quadro 8: Sobre a Vida Sexual após a cirurgia.

Entrevista	Texto	Unidades de Análise
01	(67anos, feminina). Vida sexual. Para mim nada mudou, o problema é meu marido é que não dá conta. Ele não funciona desde antes de eu operar. Porque eu gostava de sexo. Eu gosto muito de beijar. Eu brinco a beça com ele (marido). Me esfrego nele. Abraço. Rsr. A gente brinca muito, a gente ri muito. Aí ele diz: você é fogeta pra caramba. Eu vou fazer o que, eu tenho sica. Na minha família todo mundo era fogeta pra caramba. Meu pai, minha mãe não. 67	1-o sexo não mudou; 2- o problema é o meu marido que não dá conta; 3- ele não funcionava desde antes da cirurgia; 4- eu gostava de sexo, não; 5- eu gosto muito de beijar; 6- eu brinco com ele; 7- eu me esfrego nele; 8- a gente ri muito; 9- ele diz, você é fogueira pra caramba; 10- vou fazer o que, eu tenho sica; 11- na minha família todo mundo é fogueira;
02	(61 anos, masculino).A vida sexual, foi pro brejo a muito tempo, já antes da cirurgia. (olhos se enchem de lágrimas, a voz embarga) já vinha com problemas. Segundo o médico foi caxumba. Eu tava procurando algumas alternativas, mas, como veio logo a doença, deixei tudo para lá.	12- a vida sexual foi pro brejo, a muito tempo antes da cirurgia; 13- olhos se enchem de lágrimas; 14- voz embarga; 15- já vinha com problemas; 16- procurando alternativas; 17- o médico disse, que a doença foi caxumba; 18- como veio a doença, deixei tudo para lá;
03	(54 anos, feminina). Antes da doença, da cirurgia, tinha vida sexual ativa. Depois da cirurgia, no tempo que eu achava que já tava bem para relacionamento sexual eu tinha. Com a bolsinha eu tinha assim, me sentia mais incomodada. Mas, mesmo assim eu tinha relação. Porque meu marido não ligava. Eu não sentia dor, eu me sentia bem. Depois que tirei a colostomia fiquei uns 3 meses sem fazer esforço nenhum, porque a gente não sabe como está a operação. Aí, que eu fui então, ter uma relação sexual. Uma, e meu marido depois infartou. Eu tenho vontade assim (desejo sexual), de me tratar dessa parte. Depois que eu operei (fechou a colostomia), foi mais difícil, porque fica assim, o medo de sujar a cama, que você fica assim, sem saber o que pode acontecer. Aí quer dizer, passou a preocupação porque agora você (ela) vai	18-tinha vida sexual ativa; 19- depois da cirurgia, com a bolsinha; 20-me sentia incomodada; 21-meu marido não ligava; 22-Eu não sentia dor, 23-eu me sentia bem; 24- depois que tirei a colostomia 25- fiquei uns 3 meses sem fazer esforço nenhum, 26 -teve uma relação sexual; 27 - marido enfartou; 28-tenho vontade assim; 29 -depois que eu opereu (fechou a colostomia), foi mais difícil, 30- medo de sujar a cama; 31- sem saber o que

	se cuidar. Porque eu penso, que já tava na hora de cuidar da vida aqui do alto, do que aqui de baixo.	pode acontecer; 32 - passou a preocupação; 33 - hora de cuidar da vida aqui do alto, do que aqui de baixo.
04	(58 anos, masculino). Antes da cirurgia eu namorava bem, não sentia nada, sentia vontade. Hoje, tô assim, como vou dizer, assim inutilizado, não tenho vontade e não tenho ereção e depois usando fralda como vou sentir vontade!! Como!! se tenho que passar a sonda!!!!A minha mulher não me cobra.	34 - namorava bem, não sentia nada; 35 -sentia vontade; 36 – inutilizado, não tenho vontade; 37 -não tem ereção; 38-usando fralda; 39 - como vou sentir vontade; 40 - tenho que passar a sonda; 41 - minha mulher não me cobra
05	(57 anos, feminina). Eu levava antes disso tudo, uma vida normal em tudo. Dizem que quem faz sexo anal, é mais propenso a isso. Mas eu nunca fiz. Até porque eu tinha feito cirurgia do períneo. Eu não praticava sexo anal. Sempre cuidando muito de mim. Tinha vida sexual boa. Depois da cirurgia mudou tudo, tudo. Meu marido não me procura mais. Eu sinto que meu marido tem nojo de mim. Quando eu tinha bolsinha, ele falava assim,eu acabava de tomar banho ele falava pra mim: To sentindo um cheirinho aqui, mas eu falava: eu acabei de tomar banho. Não tem cheirinho. Não cheirava nada. Na hora de dormir ele pegava o lençol, ou cobertor para se cobrir pra não encostar em mim. Você acredita que depois da cirurgia eu fiz sexo uma vez, e já faz 3 anos que não faço sexo, ele não me quis mais. Meu marido um dia diz que está com dor no dedo, com dor de cabeça. Sabe, ele não me procura, nem me abraçar, nem me tocar, nem nada. Eu como mulher me sinto péssima. Péssima. Péssima. Eu me sinto muito péssima. Eu agradeço a Deus por estar viva, mas nessa parte eu me sinto pouco arrasada.	42-normal em tudo; 43-quem faz sexo anal, é mais propenso a isso; 44-tinha feito cirurgia do períneo; 45-não praticava sexo anal; 46-tinha vida sexual boa; 47-depois da cirurgia mudou tudo, tudo; 48- marido não procura mais; 49-sinto que meu marido tem nojo de mim;50-quando tinha bolsinha, marido falava que cheirava (coco); 51-depois da cirurgia fez sexo uma vez;52- faz 3 anos que não faço sexo; 53-ele não quis mais;54-marido diz que está com dor no dedo, com dor de cabeça; 55-ele não procura, nem abraça-la, nem toca-la, nem nada; como mulher sente-se péssima; 56-agradece a Deus por estar viva, mas nessa parte se sente pouco arrasada.
06	(56 anos, feminina). Mudou muito, muito. A sexualidade eu não sinto prazer nenhum, eu não sinto vontade. Isso mudou muito. Pois eu tinha uma vida sexual muito ativa, e meu parceiro está comigo até hoje, já são 27 anos juntos. Mas aquela vontade de fazer, que é!!! eu aceito o carinho, mas eu fiquei muito fria, muito fria. Estou fazendo fisioterapia, e a própria fisioterapia segundo o Dr...., é ele disse que isso vem com o tempo, que vem com a estimulação dos músculos, com choquinho dos aparelhos. Mas a sexualidade, eu mulher, as vezes me incomoda, porque eu pergunto eu quero voltar ao normal, mas eu ainda não to conseguindo. Eu não sei o que tá faltando, eu trabalhar melhor minha cabeça. Porque tudo assim, eu sou extremamente ansiosa, isso também não ajuda, porque se você fica assim ansiosa, isso tb atrapalha. Mas voltando a sexualidade, a minha me incomoda a parte sexual, a minha parte do prazer. Quando eu vou para igreja eu vou com minha melhor roupa, me olho no espelho, com as unhas feitas, eu gosto de me sentir mulher você está me entendendo. Mas essa parte sexual do prazer, ela tá guardadinha, ela está estacionada, então eu tô querendo melhorar, não sei se a	57-mudou muito; 58-não sinto prazer nenhum; 59-não sinto vontade; 60-tinha uma vida sexual muito ativa; 61-meu parceiro está comigo até hoje; 62-eu aceito o carinho; 63-fiquei muito fria;64- fazendo fisioterapia ;65- mas a sexualidade, eu mulher, as vezes me incomoda; 66- quero voltar ao normal;67- ainda não to conseguindo; 68-não sei o que tá faltando, eu trabalhar melhor minha cabeça; 69-extremamente ansiosa, isso tb atrapalha; 70- incomoda a parte sexual, a minha parte do prazer; 71- parte sexual do prazer, tá guardadinha, está estacionada; 72- querendo melhorar; 73-não sei se a fisioterapia vai ajudar; 74-

	<p>fisioterapia vai ajudar. Meu namorando tb adoeceu, ele tem Parkinson,tá controlando mas a gente tá junto a 27 anos. Mas sinto tb que ele não é mais o homem de antes. Depois que eu adoeci a dç dele se agravou, ele chorou muito. Então tive que segurar dele, a onda do meu filho, do meu irmão. Eu não sei a menopausa chegou, eu tive uns calorões. O próprio doutor da fisioterapia, faz uns exercícios pra te estimular sexualmente, se lubrificar. Eu tinha muita lubrificação. Eu sinto um pouco de dor na relação, porque o canal ele fechou um pouco, ele não tá totalmente aberto. Eu perco fezes na relação, mas meu companheiro me entende, até quando tinha bolsa eu tinha medo de abrir. Mas, onde vou arrumar hoje, alguém que em aceite assim. Qtos maridos eu ouço, que abandonam suas esposas assim. Então ele me aceita assim, vou levando.</p>	<p>namorando tb adoeceu, ele tem Parkinson; 75- junto a 27 anos.; 76-sinto tb que ele não é mais o homem de antes; 77-Depois que eu adoeci a doença dele se agravou; 78-ele chorou muito; 79-a menopausa chegou, eu tive uns calorões; 80-doutor da fisioterapia, faz uns exercícios pra te estimular sexualmente; 81- tinha muita lubrificação; 82- sinto um pouco de dor na relação; 83- porque o canal ele fechou um pouco, ele não tá totalmente aberto; 84- fezes na relação; 85- meu companheiro me entende, até quando tinha bolsa eu tinha medo de abrir; 86-onde vou arrumar hoje, alguém que em aceite assim; 87-quantos maridos eu ouço, que abandonam suas esposas assim; 88-Então ele me aceita assim, vou levando.</p>
07	<p>(76 anos, masculino). Antes, a vida sexual era normal. Quando passei no Grupo de Reto o médico perguntou se eu era casado e falou comigo, que se fosse fazer a cirurgia eu ia ficar impotente e seu eu queria fazer a cirurgia assim mesmo. Eu disse claro que quero, eu vou morrer por causa disso. E fiz. Isso não me afeta muito hoje. Porque você já sabe o que vai acontecer, e se você sabe o que vai acontecer, você aceita e segue a vida. Parte sexual depois da cirurgia ela é completamente instinta.</p>	<p>89-vida sexual era normal. 90-médico perguntou se eu era casado e falou se fosse fazer a cirurgia eu ia ficar impotente; 91-médico perguntou se queria fazer a cirurgia assim mesmo; 92- claro que quero, eu vou morrer por causa disso; 93-Isso não me afeta muito hoje; 94-você já sabe o que vai acontecer; 95- se você sabe o que vai acontecer, aceita e segue a vida; 96- parte sexual depois da cirurgia é completamente instinta;</p>
08	<p>(65 anos, feminina). Não tenho vida sexual, desde que separei do meu marido. Pra que vou querer, arrumar alguém pra me incomodar agora. Aí, tem que ter o compromisso de cuidar, de cozinhar, já não vou poder sair de casa como gosto, vou ter que dizer onde vou, se concorda. É muito trabalho. Rsr rsr. Tenho meus filhos, meus netos, minha família.</p>	<p>97-não tenho vida sexual, desde que separei do meu marido; 98-arrumar alguém pra me incomodar agora; 99- ter que cuidar do outro; 100-tenho meus filhos, meus netos, minha família.</p>
09	<p>(75 anos, feminina). Sou viúva a 17 anos. Antes de ele morrer já tinha me separado dele, porque ele tinha outra mulher com filho e tudo. Eu não quis saber demais ninguém, porque tinha minhas filhas solteiras naquela época.</p>	<p>101-viúva a 17 anos, já era separada antes do ex-marido morrer; 102-não quis saber demais ninguém;</p>
10	<p>(41 anos, masculino). Minha vida sexual é normal.</p>	<p>103-vida sexual normal;</p>

11	<p>(55 anos, masculino). Vida sexual eu fiquei um pouquinho prejudicado. Sinto muita pouca vontade. E não consigo ter relação. Tb não sei minha esposa está com problemas com a mãe com o pai, e aí já viu junta uma coisa com a outra. Vou levando, eu as vezes sinto vontade, e eu me satisfaço e tal. Mas com ela não tô conseguindo ainda não. Tenho ereção, mas não é suficiente. O médico me encaminhou pro urologista e passou um remédio pra mim. Minha esposa falou: Vamos tentar fazer aí sem remédio, acabou que não aconteceu isso. Isso me abala um pouquinho. Antes da cirurgia já era assim complicado, porque pra ela nunca tava bom, tava com dor nas costas. Já tinha dificuldade, eu tinha vontade e ela não tinha, agora juntou os dois. Vamos ver aí pra frente se melhora alguma coisa. Tô trabalhando.</p>	<p>104-Vida sexual pouquinho prejudicado; 105-sente muita pouca vontade; 106-não consigo ter relação; 107-esposa está com problemas; 108-as vezes sente vontade; 109-se satisfaz e tal; 110-com ela não está conseguindo ainda não; 111-tem ereção insuficiente; 112-urologista, passou remédio; 113-esposa falou, vamos tentar fazer sem remédio; 114-não aconteceu; 115-abala um pouquinho; 116-antes da cirurgia já era assim complicado; 117-esposa nunca tava bom, tava com dor nas costas; 118-tinha dificuldade; 119-eu tinha vontade e ela não tinha; 120- agora juntou os dois; 121- vamos ver aí pra frente se melhora alguma coisa; 122- trabalhando</p>
12	<p>(72 anos, masculino). Mas o que me pegou mesmo, foi a falta de sexo. Eu sinto, muito, muito a falta de sexo. Porque a cabeça pensa e o corpo não obedece. Não consigo ter ereção. Tentei 01 vez comprei viagra, mas não foi bom. Antes era tudo bem, sempre fui um cara com saúde. Uma vez pedi um urologista, porque sem ereção sem nada, ele veio pra mim com tanta grosseira, e eu fiquei na minha senão ia dar na cara dele. Ele falou assim: que sexo nada, Graças a Deus eu estava vivo, que não tinha que pensar em sexo. Eu ainda mesmo com essa idade sinto falta. Mas vou levando a vida, vou passando a mão na mulher, sacanagem, abraço, beijo. Fico chateado, porque não dá em nada.</p>	<p>123-falta de sexo; 124-sente; 125-muito a falta de sexo; 126-cabeça pensa e o corpo não obedece; 127-não consigo ter ereção; 128-tentou 01 vez comprei viagra; 129-não foi bom; 130-antes era tudo bem; 131-sempre fui um cara com saúde; 132-Uma vez pedi um urologista; 133-porque sem ereção sem nada; 134-ele veio pra mim com tanta grosseira; 135-fiquei na minha senão ia dar na cara dele; 136-Ele falou que sexo nada; 137-Graças a Deus eu estava vivo; 138-que não tinha que pensar em sexo; 139-mesmo com essa idade sinto falta; 140-vou levando a vida; 141-vou passando a mão na mulher, sacanagem, abraço, beijo; 142-fico chateado, porque não dá em nada.</p>
13	<p>(57 anos, masculino). Pra namorar não tá bem. Tenho vontade. Mas tenho medo ainda de relacionar. Tenho ereção mais ou menos, daí dá medo, de dar problema. Mas tamo levando. Antes da cirurgia funcionava normal, com minha esposa.</p>	<p>143- Pra namorar não tá bem; 144-tenho vontade; 145-tenho medo ainda de relacionar; 146-tenho ereção mais ou menos; 147-dá medo, de dar problema; 148-Mas tamo levando; 149-antes funcionava normal;</p>

14	(71 anos, masculino). Pra namorar deu alteração, não sei se é por causa da idade a frequência diminuiu bastante. Ainda bem que minha mulher é compressiva. Não sei se isso tudo é efeito da idade, se é efeito do tratamento que fiz, não sei se isso tudo soma. Não tenho nenhum desejo, nenhum libido. Não quero tomar nenhum remédio, não. Não consigo ter ereção. Isso faz de um ano pra cá. Antes da cirurgia era normal, depois da cirurgia também, tinha relação normal. De um ano pra cá que estou assim. Mas isso não me afeta não. Minha vida sexual foi muito boa. Às vezes dá assim uma saudade. Mas levo isso numa boa. Sem problema.	150-Pra namorar deu alteração; 151-não sei se é por causa da idade; 152-a frequência diminuiu bastante; 153- minha mulher é compressiva; 154- é efeito da idade; 155-é efeito do tratamento que fiz, não sei se isso tudo soma; 156-não tenho nenhum desejo; 157- nenhum libido; 158-não quero tomar nenhum remédio, não; 159-não consigo ter ereção, de um ano pra cá; 160-antes da cirurgia era normal;161-depois da cirurgia também, tinha relação normal; 162-De um ano pra cá que estou assim; 163-isso não me afeta não; 164-Minha vida sexual foi muito boa; 165-Às vezes dá assim uma saudade; 166-Mas levo isso numa boa. Sem problema.
----	--	--

Quadro 9: Resultado da Análise das UNIDADES de REGITROS da Questão 2: Corpo Pós Cirurgia Câncer Colorretal-Vida Sexual , que estão visivelmente matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			

Fonte: Esquematização dos autores

Esta questão abordando a vida sexual após a cirurgia por câncer colorretal, originou 166 unidades de análise:

Unidades Vermelhas	20 Unidades de Análise -	9,34 %
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.		
Unidades Verdes	41 Unidades de Análise -	19,15%
Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.		
Unidades Marrons	69 unidades de Análise -	32,24%
Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.		
Unidade Azuis	48 Unidades de Análise -	22,42%
Fé, emoções, sentimentos, lascas de sexualidade, subjetividades		

Esses corpos continuam cheios de energia sensual, sexual, o que significa não se tratar apenas de relação sexual. Continuam tentando levar a vida. A vida sexual a dois, não envolve somente a penetração, mas envolve o desejo, a empatia, o gostar de estar com o outro, sentir-se bem na presença do outro. Conforme evidenciamos na fala a seguir:

Eu perco fezes na relação, mas meu companheiro me entende, até quando tinha bolsa eu tinha medo de abrir. Mas, onde vou arrumar hoje, alguém que em aceite assim. Quantos maridos eu ouço, que abandonam suas esposas assim. Então ele me aceita assim, vou levando. (Entrevista 6: feminina, 56 anos, solteira (tem namorado a 27 anos), 03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

O ato sexual não é somente um ato mecânico, além do desejo há outros aspectos a serem considerados, como hormonal, situacional, parceiro, afeto que influencia no relacionamento sexual.

Com relação a estes clientes da pesquisa, a todo um trauma da manipulação do corpo (toque retal), a mutilação decorrente da cirurgia, visto que em cirurgia oncológica visa-se a cura com a extirpação do tumor e a radioterapia. De modo que as sequelas relacionadas a atividade e libido sexual deve ser avaliada por equipe multidisciplinar.

Pelas falas dos depoentes a seguir, podemos observar as implicações no desejo e a disfunção sexual:

A gente fica bastante limitado depois da cirurgia. Parte sexual depois da cirurgia ela é completamente instinta. (Entrevista 7: masculino, 76 anos, solteiro, 15 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Vida sexual eu fiquei um pouquinho prejudicado. Sinto muita pouca vontade. E não consigo ter relação. Vou levando, eu as vezes sinto vontade, e eu me satisfaço e tal. Mas com ela não tô conseguindo, ainda não. Tenho ereção, mas não é suficiente. O médico me encaminhou pro urologista que passou um remédio pra mim. Minha esposa falou: Vamos tentar fazer aí sem remédio, acabou que não aconteceu isso. Isso me abala um pouquinho. Antes da cirurgia já era assim complicado, porque pra ela nunca tava bom, tava com dor nas costas. Já tinha

dificuldade, eu tinha vontade e ela não tinha, agora juntou os dois. Vamos ver aí pra frente se melhora alguma coisa. Tô trabalhando. (Entrevista 11: masculino, 55 anos, casado, 03 anos e 4 meses pós cirurgia colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu me sinto bem. Mas o que me pegou mesmo, foi a falta de sexo. Eu sinto muito, muito a falta de sexo. Porque a cabeça pensa e o corpo não obedece. Não consigo ter ereção. Tentei 01 vez, comprei viagra, mas não foi bom. Antes era tudo bem, sempre fui um cara com saúde. Eu ainda mesmo com essa idade sinto falta. Mas vou levando a vida, vou passando a mão na mulher, sacanagem, abraço, beijo. Fico chateado, porque não dá em nada. (Entrevista 12: masculino, 72 anos, casado, 09 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Pra namorar não tá bem. Tenho vontade. Mas tenho medo ainda de relacionar. Tenho ereção mais ou menos, daí dá medo, de dar problema. Mas tamo levando. Antes da cirurgia funcionava normal, com minha esposa. (Entrevista 13: masculino, 57 anos, casado, 02 anos e 9 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 4 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Pra namorar deu alteração, não sei se é por causa da idade a frequência diminuiu bastante. Ainda bem que minha mulher é compressiva. Não sei se isso tudo é efeito da idade, se é efeito do tratamento que fiz, não sei se isso tudo soma. Não tenho nenhum desejo, nenhuma libido. Não quero tomar nenhum remédio, não. Não consigo ter ereção. Isso faz de um ano pra cá. Antes da cirurgia era normal, depois da cirurgia também, tinha relação normal. De um ano pra cá que estou assim. Mas isso não me afeta não. Minha vida sexual foi muito boa. Às vezes dá assim uma saudade. Mas levo isso numa boa. Sem problema. Minha esposa não me cobra. Eu tenho assim umas dúvidas, não sei ela não me cobra por causa dos problemas que passei, ou porque ela também não tem vontade? Isso eu não sei. Ela tem 52 anos, ela tá na menopausa, com aqueles calorões. Mas ela sempre esteve do meu lado. (Entrevista 14: masculino, 71 anos, união estável, 04 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal)

Conforme Abdo (2014, p.33), a função sexual é modulada pela ação de neurotransmissores, mecanismos neurológicos e neuroendócrinos e neuropeptídios, além de fatores ambientais e relacionais. O desejo e a excitação sexual provocam reações no sistema nervoso central, resultando em vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo na genitália. Nesses processos, alguns hormônios desempenham papel fundamental, especialmente o estrógeno e a testosterona.

À medida que o câncer toma conta do corpo a preocupação com a vida mais sensual, sexual, vai diminuindo, mantendo os sintomas e as diversas situações que atravessam o adoecer.

Cada vez mais se confirma que o amadurecimento físico e emocional, experiência, intimidade com (a) parceira, bom padrão de conhecimento sobre o assunto, além de hábitos saudáveis de vida e saúde geral preservada, são indispensáveis para se conseguir êxito no exercício

da sexualidade. Fora desses parâmetros, homens e mulheres estão sujeitos às dificuldades que a OMS (Organização Mundial de Saúde) chama de disfunções sexuais e se caracterizam pela incapacidade do indivíduo para participar do ato sexual com satisfação. Essa dificuldade deve ser persistente ou recorrente, além de vivenciada como algo indesejável, desconfortável e incontrolável (ABDO,2014, p.50-51).

Tais quadros constituem a grande maioria dos transtornos da sexualidade, manifestando-se por: *falta*, exemplificada pela disfunção erétil (falta de ereção), inibição do desejo sexual (desejo sexual hipoaetivo) e ausência de orgasmo (anorgasmia); *excesso*, cujo exemplo é o impulso sexual excessivo; *desconforto*, representado pela ejaculação precoce (no homem) e pelo vaginismo (na mulher); *dor a relação*, (dispaurenia) que pode acometer tanto em mulheres quanto homens. A terapêutica sexual deve partir do tratamento do indivíduo como um todo (ABDO,2014, p.52).

Entendendo a resposta sexual

O casal de terapeutas Masters e Johnsons In: Abdo (2014, p.49) formulou, na década de 1960 um modelo de resposta para a compreensão da resposta sexual humana constituída por um ciclo com quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, cujas características e duração eram as seguintes:

Fase 1: Excitação: etapa da estimulação e / ou fisiológica para o ato sexual. Dura de minutos a horas.

Fase 2: Platô: corresponde ao período de excitação contínua, a qual se prolonga de 30 segundos a vários minutos.

Fase 3: Orgasmo: descarga de intenso prazer, com duração de 3 a 15 segundos.

Fase 4: Resolução: estado subjetivo de bem estar que se segue ao orgasmo. Prolongando-se de minutos a horas e se caracterizando, especialmente nos homens, por um período refratário, ou seja, quando o organismo necessita de repouso, não aceitando mais estimulação sexual.

Tal modelo foi questionado por Kaplan in: Abdo (2014, p.50) que ressaltou a importância do desejo como “gatilho” para deflagração do ciclo de resposta sexual. Desde então, o referido ciclo passou a ser considerado constituído por quatro fases, desencadeado pelo desejo (fantasias e interesse pela atividade sexual) e seguido de excitação (prazer e respectivas mudanças fisiológicas), orgasmo e resolução. Assim, o platô foi renomeado para excitação, enquanto a antiga fase foi realocada, precedida pela fase de desejo ou apetitiva.

Recentemente, um novo modelo de resposta sexual feminina foi proposto, argumentando-se que para muitas mulheres seria a necessidade (e não o impulso biológico) o que desencadearia a resposta sexual. Segundo esse modelo, a maioria das mulheres iniciaria a experiência sexual em estado de neutralidade, ou seja, sem suficiente motivação, mas buscando estímulos sexuais, por meio de diálogo, música, estimulação física direta, erotismo visual (ABDO;2014, p.50).

Assim seria deflagrada a excitação, o que propicia a receptividade ao contato, conforme a sequência do ato. Desejo e excitação estariam, então, inter-relacionadas e até superpostos num ciclo de resposta sexual caracteristicamente feminino, podendo um estimular e reforçar o outro e vice versa (ABDO;2014, p.50).

Desta forma muitos dos casos considerados até então como ausência de desejo sexual feminino, seriam reavaliados, e resultariam em uma variedade de resposta sexual. Caso esta proposta se confirme e seja adotada globalmente, repercutirá com alterações na classificação e na abordagem terapêutica das disfunções sexuais femininas (ABDO;2014, p.50).

3ª Questão: Sobre as consequências da cirurgia: período de convivência com o estoma intestinal;

Quadro 10: Sobre as consequências da cirurgia: período de convivência com o estoma intestinal.

Entrevista	Texto	Unidades de Análise
01	Ia pra festinha, mesmo com colostomia. Se tivesse que ficar com a colostomia definitiva, não sei, o que faria. Eu fiquei quase um ano com a colostomia (colostomia provisória). Eu não sabia que tinha que fazer lavagem no rabisteco pra tirar a colostomia.	1-Ia pra festinha, mesmo com colostomia; 2- Se tivesse que ficar com a colostomia definitiva, não sei, o que faria; 3-Eu fiquei quase um ano com a colostomia (colostomia provisória); 4-Eu não sabia que tinha que fazer lavagem no rabisteco pra tirar a colostomia.
02	Porque não foi uma colostomia normal, porque não ficava para fora, ela ficava grudada na parede e eu tinha muito dificuldade, vazava com certa facilidade e (pausa, voz fica embargada, os olhos se enchem de lágrimas).	6- não foi uma colostomia normal; 7-ficava para fora; 8-ficava grudada na parede; 9-tinha muito dificuldade; 10-vazava com certa facilidade; 11-(pausa, voz fica

		embargada, os olhos se enchem de lágrimas).
03	<p>Fiz a cirurgia e teve que colocar a bolsinha. Aí eu tinha medo de tirar a colostomia e de morrer. Porque você acompanha o caso de outras pessoas; fulano tirou a colostomia e depois de um tempo morreu, então daí, aquilo não entrava na minha cabeça. Aí eu pensava; se não precisar de tirar eu vou ficar com ela. E o médico falou que eu tinha que fechar a fístula (paciente fez uma fístula reto-vaginal depois da cirurgia da retirada do tumor), prá depois fechar a colostomia. Aí eu achava que ia ficar com a colostomia direto. Aí o médico disse (nome da paciente) ou você tira ou então você vai ficar com a colostomia para sempre. Porque se depois você chegar para mim para tirar, eu não vou mais tirar. Aí eu disse, vou tirar. Entrei na fila para poder tirar a colostomia. Aí então, eles dizem que toda cirurgia tem risco de morte. A gente leva assim, um choque, né. Mesmo que você converse com alguém você vai nessas senhora (assistente social? psicologia?) elas conversam e tentam passar o melhor para a gente. Na minha cabeça tem horas que não entra muita coisa, ela não tem esse discernimento rápido, assim. Aí você, vai pra casa, o médico pediu para eu assinar e eu tava no meio do corredor. Aí eu disse que ia pensar, se quero morrer ou se quero viver. Aí o médico me disse para voltar em 01 semana a 15 dias. Nisso, o tempo vai passando. Só que esse período de você ficar com a colostomia muito tempo, fez com que esse sinalzinho que vai pro cérebro, que você tem que fazer as necessidades, apagou tudo, eu fiquei muito tempo. Depois quando você vai fazer operação para fechar, eles fazem assim, alargamento do ânus (dilatação), só que eu acho assim, que alargou demais. Alargou, aí ele não voltou pra o que ele era antes. Não acho ruim, porque você tem que ficar fazendo exame de toque as vezes e dói menos. Ah, eu vou dizer uma coisa pra você. Eu preferia ter ficado com a colostomia. Porque você também se adapta. Pra isso a minha cabeça foi mais prática. Eu mudei (modificou), fiz um tanque na área para me limpar quando tinha a colostomia. Porque eles ensinam a trocar a bolsa no banheiro. Você toma banho e tira a bolsa e lava ao redor. Mas aí, as vezes ficava caindo no chão (fezes). Aí então, eu fiz um local pra higiene.</p>	<p>12-Fiz a cirurgia; 13-tive que colocar a bolsinha; 14-tinha medo de tirar a colostomia e de morrer; 15- porque você acompanha o caso de outras pessoas; 16-fulano tirou a colostomia tempo morreu; 17-aquilo não entrava na minha cabeça; 18-pensava se não precisar de tirar eu vou ficar com ela; 19- tinha que fechar a fístula (paciente fez uma fístula reto-vaginal depois da cirurgia da retirada do tumor); 20-depois fechar a colostomia; 21-achava que ia ficar com a colostomia direto; 22-médico disse ou você tira ou então você vai ficar com a colostomia para sempre; 23- se quiser tirar depois, eu não vou mais tirar; 24-eu disse vou tirar. 25-Entre na fila para poder tirar a colostomia; 26-toda cirurgia tem risco de morte; 27-levou um choque; 28-não tem esse discernimento rápido, assim. Aí você; 29-disse que ia pensar, se quero morrer ou se quero viver; 30- tempo vai passando; 31- sinalzinho que vai pro cérebro, de fazer as necessidades apagou; 32-alargamento do ânus (dilatação); 33-que alargou demais; 34-não voltou pra o que ele era antes; 35-Não acho ruim; 36- você tem que ficar fazendo exame de toque; 37-dói menos. ;38-preferia ter ficado com a colostomia; 39-você se adapta; 40-minha cabeça foi mais prática. 41-mudei (modificou), fiz um tanque na área; 42- limpar quando tinha a colostomia; 43- eles ensinam a trocar a bolsa no banheiro; 44-toma banho e tira a bolsa e lava ao redor; 45-as vezes ficava caindo</p>

		no chão (fezes); 46- fiz um local pra higiene.
04	fiz quimio e radioterapia e depois a cirurgia e fiquei com a colostomia. Foi complicado, esse tempo que usei a bolsinha. Pois o meu intestino saiu pra fora (fez prolapso), e a bolsinha não dava conta, vivia descolando. Sentia assim, vergonha de sair com aquele troço. Foi complicado. O médico disse que ia mas fechar, eu tinha que esperar um pouco até ter vaga pra operar. E eu ainda comecei a ter que passar a sonda pra esvaziar a bexiga (cateterismo intermitente), pois não conseguia fazer xixi direito. Era muita coisa pra cuidar e fazer e não via a hora de fechar a colostomia.	47-fez quimio e radioterapia; 48-depois a cirurgia; 49-fiquei com a colostomia; 50-complicado, esse tempo que usei a bolsinha; 51-meu intestino saiu pra fora (fez prolapso); 52-a bolsinha não dava conta; 53-vivia descolando; 54-vergonha de sair com aquele troço; 55-Foi complicado; 56-O médico disse que ia mas fechar; 57-tinha que esperar ter vaga pra operar; 58-comecei a ter que passar a sonda pra esvaziar a bexiga (cateterismo intermitente); 59-não conseguia fazer xixi direito; 60-Era muita coisa pra cuidar e fazer; 61-não via a hora de fechar a colostomia.
05	Quando eu tinha bolsinha, ele(marido) falava assim, eu acabava de tomar banho ele falava pra mim: To sentindo um cheirinho aqui, mas eu falava: eu acabei de tomar banho. Não tem cheirinho. Não cheirava nada. Prefiro perder coco do que estar com a colostomia. Porque aquele negócio da bolsinha, a minha pele não aceitou a bolsinha. Eu usava uma fralda. Glória a Deus que tirei a bolsinha. Porque eu não aguentar não. A minha pele ficava assim sangrando. Prefiro ainda a fralda do que a bolsinha. Aquilo queimava. Vinha o coco e me sujava toda. Foi difícil. Muito difícil.	62-Quando tinha bolsinha; 63-marido falava que cheirava; 64-Prefiro perder côco; 65-que estar com a colostomia 66- minha pele não aceitou a bolsinha; 67-usava uma fralda; 68-Glória a Deus que tirei a bolsinha; 69-não aguentava; 70-pele ficava assim sangrando; 71-Prefiro ainda a fralda do que a bolsinha; 72-Aquilo queimava; 73-Vinha o coco e me sujava toda; 74- Foi difícil
06	quando tinha colostomia, apesar da estética porque tinha hérnia, eu não me privava de muita coisa, eu comia, saía, abria e limpava. Agora não. porque quando tinha colostomia quando enchia, você tinha que esvaziar e o cheiro é horrível, hoje não.	75-quando tinha colostomia, 76-tinha hérnia; 77-não me privava de muita coisa, comia, saía; 78-abria e limpava.; 79-com a colostomia quando enchia tinha que esvaziar; 80-cheiro é horrível;
07	porque a colostomia é um negócio muito trabalhoso, e eu passei também com aquele prolapso e assustava e não sabia onde ia parar, porque a gente sabe que é o intestino que tá saindo. Ai você fica assim. Foi tão bom te encontrar, as vezes eu lembrava de você e pensava, como você me ajudou tanto,	81-colostomia trabalhosa; 82- prolapso; 83-assustava; 84-não sabia onde ia parar; 85- intestino que tá saindo; 86- bom te encontrar; 87-eu

	naquela época que operei e fiquei com a bolsinha. Qd você tem colostomia você não percebe qd vai sair os gases,	lembrava de você e pensava; 88-você me ajudou tanto naquela época; 89-operei e fiquei com a bolsinha; 90- quando tem colostomia não percebe qd vai sair os gases,
08	Qd fiquei com a colostomia. Foi horrível. Tinha a expectativa de fechar. Rezava muito. Quando marcou a cirurgia, marcou uma data que não podia. Desmarquei a cirurgia, Ai marcou outro dia, mas minha vaga foi transferida para outra pessoa que precisava operar para tirar o tumor, como é que eu ia não ceder. Eu já estava curada. Depois disso marquei outro dia. Porque o médico que estavam dando preferência para salvar vidas, e eu tive que esperar mais um tempo. Mas ai você pensa, eu to desse jeito mas eu vou sair dessa situação poxa é uma alegria, porque Deus está te dando a oportunidade de você seguir com sua vida.	91-fiquei com a colostomia; 92-foi horrível; 93-Tinha a expectativa de fechar; 94-Rezava muito; 95-marcou a cirurgia, 96-Desmarcou a cirurgia; 97-marcou outro dia; 98-vaga foi transferida para outra pessoa para tirar o tumor; 99-começo é que eu ia não ceder; 100-Eu já estava curada; 101-marquei outro dia; 102-tive que esperar mais um tempo; 103- vou sair dessa situação; 104-é uma alegria; 105-Deus está te dando a oportunidade de você seguir com sua vida.
09	fiquei com colostomia um tempo. Foi ruim. Foi difícil. Era você que atendia lá na estomaterapia? Me ensinou a cuidar da colostomia. Porque eu mesma aprendi a lavar, mas não trocava, então quando saia e aquilo enchia eu ficava desesperada.	106-fiquei com colostomia; 107-Foi ruim; 108-Foi difícil; 109-você me ensinou a cuidar da colostomia; 110-eu mesma aprendi a lavar; 111-não trocava; 112-quando saia; 113-aquilo enchia eu ficava desesperada.
10	Fiquei 1 ano e 8 meses com a bolsinha. Foi incomôdo né. Porque assim, você não tá acostumado com aquilo, você vê até , fica com vergonha, é complicado, complicado. No começo foi muito ruim, depois aos poucos você acostuma com ela e passa o “asco” que você tinha. Não tem jeito, não tem pra onde correr. Eu não sabia que ia fechar. A minha não era definitiva, mas o médico disse que poderia ser. Até qd comecei a fazer os exames pra retirar começou a doer muito, porque na colonoscopia teve que abrir, porque como ficou muito tempo sem funcionar a tripa colou. Qd você sabe que vai fechar, que vai voltar a ficar normal, aí você fica que fica. É outra coisa. Se tivesse de ficar com bolsa, não tinha jeito né. É melhor ficar com ela e viver.	114-Fiquei com a bolsinha; 115-foi incomôdo; 116-não tá acostumado; 117-você vê fica com vergonha; 118-complicado; 119- No começo foi muito ruim; 120- depois você acostuma; 121- passa o “asco”; 122-Não tem jeito; 123- não tem pra onde correr; 124-não sabia que ia fechar; 125-não era definitiva, mas poderia ser; 126- comecei a fazer os exames pra retirar; 127- começou a doer muito; 128- na colonoscopia teve que abrir, 129-ficou muito tempo sem funcionar; 130- a tripa colou; 131-Qd você sabe que vai fechar; 132-

		que vai voltar a ficar normal; 133-você fica que fica. É outra coisa; 134-Se tivesse de ficar com bolsa, não tinha jeito; 135-É melhor ficar com ela e viver.
11	<p>Fiquei com a bolsinha e vou te dizer foi uma barra. Porque a cirurgia demorou um pouquinho, porque tinha muita gente. Pra você ter uma idéia tive que fazer exame particular, pra poder agilizar e operar. O Dr.... disse: pode ser que você nem precise usar a bolsa. Aí eu fiz a cirurgia e colocaram a bolsa, eu perguntei para o Dr se era definitivo, ele disse que era no máximo por uns seis meses, só que esses seis meses levou quase 2 anos, esperando pra fechar. Porque tinha muita gente, uma hora não tinha anestesista. Esse período foi complicado. Mais complicado foi lá pra frente, porque saiu pra fora, fez prolapso. Se deitava melhora, mas era só levantar que saía pra fora. Tive que aumentar o tamanho da bolsa porque não tava suportando, depois começou a descolar, era complicado. O que fiquei mais triste, foi que não podia fazer nada, não podia ir a lugar nenhum. Se fosse tinha que ir preparado, tinha que reforçar ao redor da bolsa, colocando fita, porque se não descolava, não sei se era por causa do tamanho e peso. Talvez fosse o peso. Ela descolava de madrugada, eu levantava, eu trocava, eu tomava banho, qd era 2 horas depois descolava tudo de novo. Era depois do almoço. Tinha dia que eu não ia no quintal. Quando recebi o telefonema para fazer a cirurgia. Ahhhh Meus Deus que delícia. Aí cheguei aqui fiquei uns 2 dias, não deu pra fazer. Chegou uma cirurgia de urgência, e não dava pra fazer a minha. Acabou pra mim. Me deram alta pra na próxima semana me chamarem. Essa próxima semana durou foi meses. Mas tb qd chamaram, cheguei aqui no domingo, passei o domingo, segunda, terça, vai hoje, vai hoje, caramba. Que isso. Aí passa um filme na cabeça, o maior stress. Nisso todo mundo ligando para mim, falei para orarem pedindo forças. Eu fazia tudo (preparo pré operatório para fechar o estoma intestinal, que inclui a lavagem pelo ânus e pelo estoma). Teve um dia que a enfermeira falou: se prepara que vão vir te buscar! Não comi nada. Passou 1 h, passou 2, chegou 4 já estava passando mal. Aí levantei e fui lá naquele lugar, onde ficam e falei para enfermeira: por favor, verifica aí se vou operar, estou quase desmaiando de fome. Ela falou tudo bem, vou mandar um lanche para você. Aí nesse momento você pensa: hoje você não vai ter cirurgia só amanhã. No outro dia, passou a visita dos médicos, e na visita a médica falou que tinha cirurgia naquele dia, mas tinha uma sala e tres cirurgias. Pronto eu falei: não vai ser hoje. Dito e feito. Ficou para o outro dia. O maqueiro foi lá. Tudo isso com autorização para anestesia e tudo mais. E aí umas 11hs eu subi para o centro cirúrgico. Foi complicado.</p>	<p>136-Fiquei com a bolsinha; 137- foi uma barra; 138- a cirurgia demorou um pouquinho; 139- tinha muita gente; 140- tive que fazer exame particular; 141-pra poder agilizar e operar; 142-podia ser que você nem precisasse usar a bolsa; 143-fiz a cirurgia e colocaram a bolsa; 144-perguntei se era definitivo; 145- que era no máximo por uns seis meses; 146-levou quase 2 anos para fechar; 147-tinha muita gente; 148-uma hora não tinha anestesista; 149- foi complicado; 150-fez prolapso; 151- Se deitava melhora, mas era só levantar que saía pra fora; 152-Tive que aumentar o tamanho da bolsa; 153-não tava suportando; 154-começou a descolar, era complicado; 155- triste não podia ir a lugar nenhum; 156- tinha que ir preparado; 157-tinha que reforçar ao redor da bolsa, colocando fita; 158-se não descolava; 159-não sei se era por causa do tamanho e peso. Talvez fosse o peso; 160-descolava de madrugada, eu levantava, eu trocava, eu tomava banho; 161- depois descolava tudo de novo; 162-eu não ia no quintal; 163- recebi o telefonema para fazer a cirurgia; 164-Ahhhh Meus Deus que delícia; 165-cheguei aqui não deu pra fazer; 166-Chegou uma cirurgia de urgência; 167-Acabou pra mim; 168-deram alta pra na próxima semana me chamarem; 169-durou foi</p>

		meses; 170- chamaram; 171- fazia tudo (preparo pré operatório para fechar o estoma intestinal, que inclui a lavagem pelo ânus e pelo estoma); 172- cirurgia desmarcada; 173- Ficou para o outro dia; 174- subi para o centro cirúrgico; 175-Foi complicado.
12	Fiquei 01 com colostomia. É chato, muito chato, chato. Me sentia envergonhado, não saía, não trabalhava.	176-Fiquei 01 com colostomia; 177-muito chato, chato; 178-Me sentia envergonhado; 179-não saía; 180-não trabalhava.
13	Fiquei com colostomia por 2 anos. Foi muito ruim. Fiquei deprimido, não saía de casa. Não ia pra rua. Não saía pra passear. Quando vinha na consulta o médico dizia pra levar uma vida normal. Nisso a única coisa boa foi que parei de fumar e beber, desde o dia que internei pra operar. Trocava sozinho. No começo minha esposa trocava no começo, mas as vezes ficava nervosa. E ficou muito machucado a pele, daí viemos um dia e a doutora encaminhou a gente para a estomaterapia e lá que ensinaram a cuidar direito, a trocar a bolsa, a lavar, a cuidar da pele. Muito boa ela (estomaterapeuta). Até chorei no dia que fui lá, ela me explicou tudinho. Aí comecei a trocar as bolsas aqui. Até que fui encaminhado para pegar as bolsas perto de casa. Aí continuei então a trocar sozinho. Só não saía pra nada. Só saía com minha esposa. Achava que sempre estava fedendo. Mas até que comecei a me sentir mais seguro e comecei a vir sozinho pras consultas, comecei a sair pra pagar as contas.O médico disse que era por seis meses só, nisso levou 2,5 anos. Depois que operei fiquei muito bem, a única coisa que incomodava era o intestino pra fora. Mas médico explicou que tava demorado porque tinha muita gente na fila, para operar o câncer. E como eu já tinha feito a cirurgia, a prioridade era para era essas pessoas.	181-Fiquei com colostomia por 2 anos; 182-Foi muito ruim; 183-Fiquei deprimido; 184-não saía de casa; 185-Não ia pra rua; 186-Não saía pra passear; 187- médico dizia pra levar uma vida normal; 188- parei de fumar e beber; 189-Trocava sozinho; 190- minha esposa trocava no começo; 191- muito machucado a pele; 192- encaminhado para a estomaterapia; 193- ensinaram a cuidar direito, a trocar a bolsa, a lavar, a cuidar da pele; 194-Muito boa ela (estomaterapeuta); 195-Até chorei no dia que fui lá, ela me explicou tudinho; 196-comecei a trocar as bolsas aqui; 197- fui encaminhado para pegar as bolsas perto de casa; 198- continuei então a trocar sozinho; 199- Só não saía pra nada; 200-Só saía com minha esposa; 201- Achava que sempre estava fedendo; 202- comecei a me sentir mais seguro; 203- comecei a vir sozinho pras consultas; 204-comecei a sair pra pagar as contas; 205-O médico disse que era por seis meses; 206-levou 2,5 anos; 207-operei fiquei muito bem; 208- incomodava era o intestino

		pra fora; 209- tava demorando; 210- tinha muita gente na fila, para operar o câncer; 211-como eu já tinha feito a cirurgia, a prioridade era para era essas pessoas.
14	Fiz a cirurgia. Sabia que podia colocar a bolsinha, mas não precisou.	212-Fiz a cirurgia; 213- Sabia que podia colocar a bolsinha; 214-mas não precisou.

Quadro 11: Resultado da Análise das UNIDADES de REGITROS da Questão 3: Sobre as consequências da cirurgia: período de convivência com o estoma intestinal, que estão visivelmente matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			

Fonte: Esquematisação dos autores

Essa questão gerou 214 unidades de análise, assim distribuídas:

Unidades Vermelhas 01 Unidades de Análise - 0,46 %
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

Unidades Verdes 73 Unidades de Análise - 34,11%
Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

Unidades Marrons 104 Unidades de Análise - 48,6 %
 Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

Unidades Azuis 30 Unidades de Análise - 14%
 Fé, emoções, sentimentos, lascas de sexualidade, subjetividades

A experiência de ter convivido com um estoma intestinal, foi traumatizante para estes clientes, seja pela manipulação de fezes, ou pelo cuidado com o corpo, mas ainda pela marca corporal que ela ocasiona e o fato de sentirem diferentes, anormais.

Quando fiquei com a colostomia. Foi horrível. Tinha a expectativa de fechar. Rezava muito. (Entrevista 8: feminina, 65 anos, divorciada, 09 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 08 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Fiquei com a bolsinha e vou te dizer foi uma barra.. ...eu perguntei para o Dr se era definitivo, ele disse que era no máximo por uns seis meses, só que esses seis meses levou quase 2 anos, esperando pra fechar. Esse período foi complicado. Mais complicado foi lá pra frente, porque saiu pra fora, fez prolapso. Se deitava melhora, mas era só levantar que saía pra fora. Tive que aumentar o tamanho da bolsa porque não tava suportando, depois começou a descolar, era complicado. O que fiquei mais triste, foi que não podia fazer nada, não podia ir a lugar nenhum. Se fosse tinha que ir preparado, tinha que reforçar ao redor da bolsa, colocando fita, porque se não descolava, não sei se era por causa do tamanho e peso. Talvez fosse o peso. Ela descolava de madrugada, eu levantava, eu trocava, eu tomava banho, quando era 2 horas depois descolava tudo de novo. Era depois do almoço. Tinha dia que eu não ia no quintal. Quando recebi o telefonema para fazer a cirurgia. Ahhhh. Meus Deus que delícia. (Entrevista 11: masculino, 55 anos, casado, 03 anos e 4 meses pós cirurgia colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Fiquei com colostomia por 2 anos. Foi muito ruim. Fiquei deprimido, não saía de casa. Não ia pra rua. Não saía pra passear. ...não saía pra nada. Só saía com minha esposa. Achava que sempre estava fedendo. Mas até que comecei a me sentir mais seguro e comecei a vir sozinho pras consultas, comecei a sair pra pagar as contas. O médico disse que era por seis meses só que nisso levou 2,5 anos. (Entrevista 13: masculino, 57 anos, casado, 02 anos e 9 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 4 meses pós fechamento do estoma intestinal)

O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas, que a nova situação lhe impõe. Pois, uma norma de vida é superior a outra quando comporta o que esta última permite e também o que ela não permite (CANGUILHEM, 2010, p. 135).

4ª Questão: Questão 4: Sobre as Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatus:

Quadro 12: Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatus, sem estoma intestinal;

Entrevista	Texto	Unidades de Análise
01	<p>Depois que tirei a colostomia é que comecei a ter problema, de diarreia. Ficava muito triste com tudo. Foi quando comecei a ter problemas de comer as coisas que me faziam mal. E por isso que eu comecei a sentir o que não podia comer e aí eu parei. Tirei fora. Às vezes perco fezes, as vezes sinto vontade. O canal fica assim doendo. Sente aquela pressãozinha. Aí vou ao banheiro, faço. Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo e fica grudado na bunda. Aí eu tenho que tirar com papel. Jogar chuveirinho. Lavar. Às vezes acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, já me troquei né. Aí sinto um cheiro em mim, aí vou ver e eu estou suja entendeu. Mas não é um coco mole não. É feito assim tipo doce de ameixa. Fica grudado. Aí entro no chuveiro, tomo meu banho, tiro e pronto. Passo um talquinho. Meu marido diz para eu tomar remédio para segurar, mas eu não quero não segurar. Quero que que limpe (o intestino). É alguma coisa que comi e me fez mal. Então deixa ele sair. Ele sai. Acabou. Aí ele volta a ficar 2-3 dias sem funcionar. Independente de perder fezes e gases, tô nem aí quando tenho que soltar um pum. Vou fazer o que? Você acha que estou fazendo porque quero. Puxa vida. Deus me deu essa cruz para eu carregar, então tenho que saber carregar. As pessoas que sabem não ligam.</p>	<p>1-comecei a ter problema, de diarreia; 2-triste com tudo; 3-problemas de comer as coisas que me faziam mal; 4- comecei a sentir o que não podia comer; 5-parei, tirei fora; 6-Às vezes perco fezes; 7-as vezes sinto vontade; 8- O canal fica assim doendo; 9-Sente aquela pressãozinha; 10-vou ao banheiro, faço; 11-Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo; 12-fica grudado na bunda; 13-tenho que tirar com papel; 14-Jogar chuveirinho; 15-Lavar; 16- acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, já me troquei; 17-sinto um cheiro em mim; 18- vou ver e eu estou suja; 19-não é um coco mole não. É feito assim tipo doce de ameixa; 20-Fica grudado; 21-entro no chuveiro, tomo meu banho; 22-tiro e pronto; 23- Passo um talquinho; 24-Meu marido diz para eu tomar remédio para segurar; 25-não quero não segurar; 26-Quero que que limpe (o intestino); 27-É alguma coisa que comi e me fez mal. Então deixa ele sair; 28-Ele sai. Acabou; 29- ficar 2-3 dias sem funcionar; 30-Independente de perder fezes e gases; 31-tô nem aí quando tenho que soltar um pum; 32-Vou fazer o que? Você acha que estou fazendo porque quero; 33-Puxa vida. Deus</p>

		me deu essa cruz para eu carregar, então tenho que saber carregar; 34- As pessoas que sabem não ligam.
02	Depois de um certo tempo foi feita a reconstrução do intestino, onde agora eu tô tendo problema com relação a não conseguir segurar o intestino, ou seja, eu não detenho a vontade, eu tenho que sair correndo desesperado para ir ao banheiro. (palavras saem lentamente, os olhos se enchem de lágrimas). Não sinto à vontade de evacuar, como é que eu vou te explicar melhor! (pausa) ele (fezes) vem descendo na porta e eu não tenho como segurar, eu tenho que ir direto pro banheiro e fazer.	35-foi feita a reconstrução do intestino; 36- tendo problema com relação; 37-não conseguir segurar o intestino; 38-não detenho a vontade; 38- tenho que sair correndo desesperado para ir ao banheiro; 39-(palavras saem lentamente, os olhos se enchem de lágrimas). 40-Não sinto à vontade de evacuar; 41-(fezes) vem descendo na porta e eu não tenho como segurar; 42- tenho que ir direto pro banheiro e fazer.
03	Agora estou começando a sentir, vontade de fazer côcô. Eu hoje sinto assim, vontade de ir no banheiro. Eu já deixo minha farofa pronta. Porque agora eu chupo uma laranja,mas não como mais nada que solte o intestino. Desde que passei a te conhecer, eu já melhorei muito, porque você passou pra mim: presta atenção no que você come. Comer coisas assim que faz bolo fecal, tipo farinha, e eu parei de ter diarreias. Só tenho diarreia se comer alguma coisa assim, que solte. Só que se eu não puder ir no banheiro daqui até em casa (mora perto de Petrópolis), eu não consigo segurar essa vontade. Aí sai e eu não sinto. Simplesmente quando chego em casa que vejo.Eu tô comendo muita farofa. Farofa, farofa.	43-começando a sentir, vontade de fazer côcô; 44- sinto assim, vontade de ir no banheiro; 45- deixo minha farofa pronta; 46-eu chupo uma laranja; 47- não como mais nada que solte o intestino; 48-Desde que passei a te conhecer, eu já melhorei muito; 49- presta atenção no que você comer; 50-Comer coisas assim que faz bolo fecal, tipo farinha; 51- parei de ter diarreias; 52-Só tenho diarreia se comer alguma coisa assim, que solte; 53- se eu não puder ir no banheiro daqui até em casa; 54- eu não consigo segurar essa vontade; 55- sai e eu não sinto. 56-quando chego em casa que vejo; 57-To comendo muita farofa.
04	Até que enfim operei e fechou a colostomia. Então, daí começou outro martírio na minha vida. Eu não conseguia segurar o coco, e até hoje tá difícil. O pum também. Além disso continuo passando a sonda pra fazer o xixi. De	58-operei; 59- fechou a colostomia; 60- começou outro martírio; 61- não conseguia segurar o coco; 62- até hoje tá difícil; 63-O pum também; 64- continuo passando a sonda pra

	<p>dia eu sinto a vontade de fazer coco e tenho que correr pro banheiro, senão perco na fralda. Uso fralda. Eu compro fralda e corto em quatro pedaços pra economizar. De noite quando durmo, não consigo segurar nada. Às vezes fico com essa parte (perianal) assada (dermatite). A senhora já deu até uns remedinhos pra tratar disso. É, não é fácil. Eu tomo Loperamida, que o médico mandou, com isso dá assim pra segurar um pouco, pois firma mais as fezes.</p>	<p>fazer o xixi; 65-De dia eu sinto a vontade de fazer coco; 66- tenho que correr pro banheiro; 67- De noite quando durmo, não consigo segurar nada; 68- essa parte (perianal) assada (dermatite); 69- uns remedinhos pra tratar disso; 70-não é fácil; 71-tomo Loperamida, que o médico mandou, dá assim pra segurar um pouco; 72- firma mais as fezes.</p>
05-	<p>Eu fiquei com incontinência urinária. Mas esse negócio de perder urina e passar sonda me incomoda também. Eu acordo 4 vezes pra fazer xixi. Quanto ao coco, não consigo segurar. Chego a sentir vontade, mas não consigo segurar. Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida. Não comi nada. Não vou comer nada. Só vou comer quando chegar em casa. Não vou nem beber água. Tomo uns 5 loperamida por dia. Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido. Agora se eu não tomar, sai tudo na fralda. Não dá pra segurar. Quando vejo estou toda suja. Uma vez passei a maior vergonha. Eu mesma senti vergonha de mim. Eu ia sair pra cá. Eu senti um cheiro assim. Qd fui tomar banho estava toda suja e nem vi sair. O pum consigo controlar. As fezes não.</p>	<p>73-fiquei com incontinência urinária; 74- perder urina e passar sonda me incomoda; 75-acordo 4 vezes pra fazer xixi; 76- coco não consigo segurar; 77-Chego a sentir vontade; 78- não consigo segurar; 79-Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida; 80-Não comi nada. Não vou comer nada; 81-Só vou comer quando chegar em casa; 82-Não vou nem beber água; 83-Tomo uns 5 loperamida por dia; 84-Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido; 86- se eu não tomar, sai tudo na fralda; 87-Não dá pra segurar; 88- Quando vejo estou toda suja; 89- passei a maior vergonha; 90- senti vergonha de mim; 91-senti um cheiro assim.; 92- fui tomar banho estava toda suja; 93- nem vi sair; 94-O pum consigo controlar. As fezes não.</p>
06	<p>Eu ia de 6 a 8 vezes, toda hora eu tava no banheiro, toda hora me sujando, isso me constrangia muito. Eu já tava melhorando da IF, já tava conseguindo perceber, só aborrecimento. Porque eu solto gazes e sai as</p>	<p>95-ia de 6 a 8 vezes; 96-toda hora eu tava no banheiro; 97-toda hora me sujando; 98- me constrangia muito; 99- já tava melhorando da IF; 100-tava conseguindo perceber; 101-só</p>

	fezes junto. Eu sinto vontade de soltar os gases, mas não percebo as fezes sair junto. Eu perco fezes na relação, mas meu companheiro me entende	aborrecimento; 102- eu solto gases e sai as fezes junto;; 103- sinto vontade de soltar os gases; 104- não percebo as fezes sair junto; 105- perco fezes na relação; 106- meu companheiro me entende
07	E o outro problema maior é a movimentação de fezes, as fezes não fica mais como era antes, não fica, já tentei, a gente fica muito limitado, já faz 15 anos de cirurgia. Isso me afetou muito. Eu não posso fazer uma viagem longa, não posso ir em passeio, não posso aceitar convites, coisas assim, comer na casa dos outros, porque já tem que estar sempre num ambiente que a gente tem que ta num ambiente assim que não passe constrangimento, enfim é isso. Eu não perco sem sentir, eu tenho aviso assim, só que não dá tempo, vontade só que não tem um seguimento digo, quando a gente tá normal sem cirurgia a gente tem uma hora, você tem um aviso antes, depois da cirurgia não. Eu não tenho nenhum controle nas minhas fezes. O meu coco as vezes sai sólido as vezes liquido.. Se como feijão, arroz, farinha fica consistente. Parece mais consistente. Se tomar uma sopa, um creme, ficando fazendo como barulho de flatus. Porque depois da cirurgia é como abre uma tampa, sai e vai saindo então tenho que ficar lá sentado esperando. Quando levanto tenho que voltar de novo, e isso dura em média 01 h, 2hs. Por isso que não saio mais, vivo numa prisão domiciliar rsrs. Atrás das grades. Mas estou vivo Graças a Deus, estou trabalhando, pagando minhas contas. Eu sinto que os gases me perseguem. Ai acontece que quando ele vai sair ele empurra aquele resto de coco, que suja. Às vezes eu consigo sentir a diferença entre os gases e as fezes, as vezes não. Não consigo segurar. Você perde o reto,	107- problema maior é a movimentação de fezes, as fezes; 108-não fica mais como era antes; 109-não fica, já tentei, a gente fica muito limitado; 110- faz 15 anos de cirurgia; 111- Isso me afetou muito; 112- não posso fazer uma viagem longa; 113-não posso ir em passeio; 114-não posso aceitar convites; 115- comer na casa dos outros; 116- já tem que estar sempre num ambiente que não passe constrangimento, enfim é isso; 117- não perco sem sentir, tenho aviso assim; 118- não dá tempo; 119-quando a gente tá normal sem cirurgia a gente tem uma hora; 119-você tem um aviso antes, depois da cirurgia não; 120- não tenho nenhum controle nas minhas fezes; 121-meu coco as vezes sai sólido as vezes liquido; 122- como feijão, arroz, farinha fica consistente; 123-Parece mais consistente; 124- Se tomar uma sopa, um creme, ficando fazendo como barulho de flatus; 125- Porque depois da cirurgia é como abre uma tampa; 126- sai e vai saindo então tenho que ficar lá sentado esperando; 127- Quando levanto tenho que voltar de novo, e isso dura em média 01 h, 2hs; 128- Por isso que não saio mais; 129- vivo numa prisão domiciliar; 130- Atrás

	<p>então o pum chega aí e sai sem sentir. Às vezes fico até 2 dias sem ir no banheiro, e as fezes não saem por livre e espontânea vontade. Mas se for sair, fico até 2hs no banheiro até sair tudo. Mas os gases saem. Qd você tem colostomia você não percebe qd vai sair os gases, mas depois que faz a cirurgia de reversão você sente que vem, mas nem sempre consegue segurar. Já teve vezes de eu ta assim conversando com as pessoas e sai os gases e faz barulho, eu fico com uma vergonha. É uma vergonha danada. Mas isso não é sempre.</p>	<p>das grades; 131-Mas estou vivo Graças a Deus; 132-estou trabalhando, 133-pagando minhas contas; 134-sinto que os gases me perseguem; 135- quando ele vai sair ele empurra aquele resto de coco; 136- suja. 137-Às vezes eu consigo sentir a diferença entre os gases e as fezes, as vezes não. 138-Não consigo segurar. 139-Você perde o reto, então o pum chega aí e sai sem sentir. 140-Às vezes fico até 2 dias sem ir no banheiro, 141- as fezes não saem por livre e espontânea vontade. 142- se for sair, fico até 2hs no banheiro até sair tudo. 143-os gases saem. 144-Qd você tem colostomia você não percebe qd vai sair os gases, 145-depois da cirurgia de reversão você sente que vem, 146-nem sempre consegue segurar; 147- conversando com as pessoas e sai os gases; 148- faz barulho, eu fico com uma vergonha. 149-É uma vergonha danada; 150- não é sempre.</p>
08	<p>O problema de evacuação é de acordo com minha alimentação, como já te falei. Às vezes dá vontade de ir ao banheiro mas dá pra você segurar, mas se estiver com uma diarreia você não consegue. O pum sai, as vezes sem querer. Às vezes solto pum e perco fezes também. Sinto aquela vontade de fazer o pum, sinto vontade também de fazer as fezes, as vezes não dá para perceber. As vezes perco pum e perco fezes também.</p>	<p>151-O problema de evacuação é de acordo com minha alimentação; 152- Às vezes dá vontade de ir ao banheiro; 153- dá pra você segurar; 154- se estiver com uma diarreia não consegue; 155-O pum sai, as vezes sem querer. 156-Às vezes solto pum e perco fezes também. 157-Sinto aquela vontade de fazer o pum, 158-sinto vontade também de fazer as fezes, 159-as vezes não dá para perceber; 160- Às vezes perco pum e perco fezes também.</p>

09	<p>meu intestino nunca mais funcionou direito, é muito difícil conseguir segurar, se for diarreia então, não sinto sair. Eu já fui no mercado e fiquei toda suja. Eu não leite mais, não tomo café com leite, acabaram comigo. Minhas fezes são sólidas e também líquidas, Às vezes consigo segurar o pum as vezes não. Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta né, mas em casa minha filha briga, ela acha que eu não quero segurar. Ela diz, “mas que vergonha”. Agora o coco eles não notam não, porque o banheiro é perto da cozinha, eu vou lá e me lavo logo. Eu cuido pra ninguém sentir. Eu tomo cuidado, qd sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira.</p>	<p>161-meu intestino nunca mais funcionou direito, 162-difícil conseguir segurar, 163-se for diarreia então, não sinto sair; 164- fiquei toda suja. 165-não tomo leite mais, não tomo café com leite, acabaram comigo. 166-Minhas fezes são sólidas e também líquidas; 167- Às vezes consigo segurar o pum as vezes não. 168-Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta ; 169-mas em casa minha filha briga, 170-ela acha que eu não quero segurar. 171-o coco eles não notam não, porque o banheiro é perto da cozinha, 172-vou lá e me lavo logo. 173-Eu cuido pra ninguém sentir. 174- tomo cuidado, 175-sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, 176-se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira.</p>
10	<p>Depois que fechei, voltou a funcionar direitinho. Às vezes tenho diarreia, mas o médico disse que é normal, que mexeu com a flora. Varia muito minhas fezes, a maior parte do tempo é líquida. Mas consigo chegar no banheiro direitinho. É tudo normal. Dá pra segurar direitinho. Nos seis primeiros meses não conseguia segurar o pum. Era toda hora no banheiro, não conseguia segurar nada. Depois fui me adaptando. Mas foi ficando normal, agora tá tudo normal. Mas no começo foi bem difícil. Me incomodava muito. Não usava fralda, mas tb evitava sair. Qd tinha que sair só mesmo o hospital. Mas 01 ano depois já estava bem.</p>	<p>177-Depois que fechei, voltou a funcionar direitinho. 178-Às vezes tenho diarreia, 179- o médico disse que é normal, 180- mexeu com a flora. 181-Varia muito minhas fezes, 182-a maior parte do tempo é líquida. 183-Mas consigo chegar no banheiro direitinho. 184-É tudo normal. 185-Dá pra segurar direitinho. 186-Nos seis primeiros meses não conseguia segurar o pum. 187-Era toda hora no banheiro, 188-não conseguia segurar nada. 189- Depois fui me adaptando. 190- foi ficando normal, agora tá tudo normal. 191- no começo foi bem difícil. 192-Me incomodava muito. 193-Não usava fralda, 194- evitava</p>

		sair. 195-Qd tinha que sair só mesmo o hospital. 196-01 ano depois já estava bem.
11	Depois da cirurgia (do fechamento do estoma intestinal) meu intestino voltou a funcionar normal. Mas eu tenho que controlar. Se eu sentir um negocinho, eu vou logo. Não pode sentir vontade né. Começou vai logo porque não segura. Já aconteceu acidentes no trabalho, mas trabalho sozinho, resolvi tudinho, deu tudo certo. Nunca usei fralda. Só usei um dia que tive que fazer exame. Porque a urina não ficou boa e eu não controlo. Não posso sentir vontade. Porque se sentir vontade eu já vou pingando no banheiro. Então procuro não sentir vontade. Procuro ir no banheiro regularmente, eu me programo.	197-Depois da cirurgia (do fechamento do estoma intestinal) meu intestino voltou a funcionar normal; 198- tenho que controlar. 199-Se eu sentir um negocinho, eu vou logo. 200-Não pode sentir vontade; 201-Começou vai logo porque não segura. 202-Já aconteceu acidentes no trabalho, mas trabalho sozinho, resolvi tudinho, deu tudo certo. 203-Nunca usei fralda. 204-Só usei um dia que tive que fazer exame. 205- a urina não ficou boa e eu não controlo. 206-Não posso sentir vontade. 207-se sentir vontade eu já vou pingando no banheiro. 208-procuro não sentir vontade. 209-Procuro ir no banheiro regularmente, 210- me programo.
12	Eu não evacuo legal, porque olha que nunca contei isso nada pra ninguém, to contando agora aqui pra senhora, a minha costura no ânus, que foi grampeado, eu até sei isso, porque depois da minha operação eu ia no banheiro e sentia grampo que até saía qd me limpava. Me parece que esse serviço não foi bem feito, pode até ter sido, eu leigo como pessoa leiga, eu acho que me faz falta o que me foi retirado, porque me foi retirado umas tripa, e ficou um vácuo o meu coco no caso antes da saída ele encontra um oco aí e não consegue sair. Geralmente eu tenho meu jeito, eu uso o chuveiro, eu toda noite tenho assim, que fazer uma lavagem, não	211-não evacuo legal; 212-to contando agora aqui pra senhora, 213-minha costura no ânus, que foi grampeado; 214- depois da minha operação eu ia no banheiro e sentia grampo que saía qd me limpava. 215-parece que esse serviço não foi bem feito, 216-pode até ter sido, 217- como pessoa leiga, eu acho que me faz falta o que me foi retirado, 218-foi retirado umas tripa, 219-ficou um vácuo; 220- meu coco no caso antes da saída ele encontra um oco aí e não consegue sair. 221-tenho

	<p>introduzo o aparelho dentro só encosto, só entra a água. Eu já cheguei de perder qd tive diarreia umas 2-3 x, a gente vai ficando mais velho, e vai aprendendo, não pode ficar ralo, tem ficar sempre grosso. Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar. E não pode ser duro demais se não não sai. O pum eu controlo, sinto vontade.</p>	<p>meu jeito, 222-eu uso o chuveiro, 223- toda noite tenho que fazer uma lavagem, 224-não introduzo o aparelho dentro só encosto, 225-só entra a água. 226-já cheguei de perder qd tive diarreia umas 2-3 x, 227-a gente vai ficando mais velho, 228-vai aprendendo, 229-não pode ficar ralo, tem ficar sempre grosso. 230-Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar. 231-não pode ser duro demais se não não sai. 232-O pum eu controlo, sinto vontade.</p>
13	<p>Tem dia que vou 1x ao banheiro e tem dia que vou umas 6 vezes. Mas agora já consigo segurar, porque antes não dava. As fezes já estão normal, pastosa. Dá à vontade, consigo segurar até ir no banheiro. Não consigo segurar o pum. O pum solto em qualquer lugar. Se for mais forte não consigo. Tem outra coisa depois que operei pra defecar tinha que fazer muita força, e isso fez uma hérnia que operei. No ânus hoje não sinto mais.</p>	<p>233-Tem dia que vou 1x ao banheiro e tem dia que vou umas 6 vezes. 234-já consigo segurar, 235-antes não dava. 236-As fezes já estão normal, pastosa. 237-Dá à vontade, consigo segurar até ir no banheiro. 238-Não consigo segurar o pum. 239-O pum solto em qualquer lugar. 240-Se for mais forte não consigo. 241-depois que operei pra defecar tinha que fazer muita força, 242-fez uma hérnia. 243-No ânus hoje não sinto mais.</p>
14	<p>Eu tenho diarreia, só quando como gordura, fora isso é normal, no formato normal. Consigo segurar, até chegar no banheiro. Já usei fralda, depois da cirurgia, que tinha diarreia e não sabia o que era, ia toda hora no banheiro. Passei numa consulta com o médico Dr., que avisou que eu não ia mais ser normal como era antes. Eu tirei uns 25 centímetros do intestino grosso e também um pedaço do reto. Então sei que posso ter essas alterações. Não posso extrapolar certas coisas. Tipo assim,</p>	<p>244-tenho diarreia, 245-só quando como gordura, 246-fora isso é normal, no formato normal. 247-Consigo segurar, até chegar no banheiro. 248-Já usei fralda, depois da cirurgia, 249-tinha diarreia e não sabia o que era, ia toda hora no banheiro. 250-Passei numa consulta com o médico; 251- avisou que não ia mais ser normal como era antes. 252-avisou que eu tirei uns 25</p>

	<p>normalmente estou bem,hoje estou bem. Eu sei quando vou ter esse problema de diarreia. Quando como gordura animal e abacate. Tirando isso faço normalmente. De manhã eu vou 3-4 x ao banheiro. Hoje por exemplo, eu fui de madrugada, e depois fui mais três vezes. Essa frequência é normal o coco, não é diarreia. Eu não tenho incontinência. Tenho incontinência só quando como alguma coisa que não devo.</p>	<p>centímetros do intestino grosso e também um pedaço do reto. 253-sei que posso ter essas alterações. 254-Não posso extrapolar certas coisas. 255-normalmente estou bem,hoje estou bem. 256-sei quando vou ter esse problema de diarreia. 257-Quando como gordura animal e abacate. 258-Tirando isso faço normalmente. 259-De manhã eu vou 3-4 x ao banheiro. 260-Hoje fui de madrugada, e depois fui mais três vezes. 261-Essa frequência é normal o coco, não é diarreia. 262-Eu não tenho incontinência. 263-Tenho incontinência só quando como alguma coisa que não devo.</p>
--	---	--

Quadro 13: Resultado da Análise das UNIDADES de REGITROS da Questão 4: Sobre as Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatos, estão matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			

Fonte: Esquematização do autores

A questão, Sobre as Consequências da cirurgia: eliminações de fezes e flatos, deu origem a 263 unidades de registros:

Unidades Vermelhas 00 Unidades de Análise - 00 %
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

Unidades Verdes 142 Unidades de Análise - 53,99 %
Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

Unidades Marrons 109 Unidades de Análise - 41,44 %
Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

Unidades Azuis 10 Unidades de Análise - 3,8%
Fé, emoções, sentimentos, lascas de sexualidade, subjetividades.

Conviver com as sequelas da cirurgia por câncer colorretal, implica em mudanças no modo de vida e estilo de vida. Para Canguilhem (2010, p. 137) os sintomas patológicos são a expressão do fato de as relações entre o organismo e meio, que correspondem à norma, terem sido modificadas pela transformação do organismo, e pelo fato de muitas coisas, que eram normais para o organismo normal, não o serem mais, para o organismo modificado.

5ª Questão: Como convive com estas situações e o que faz para se sentir melhor:

(controle alimentar, incontinência fecal, uso de fraldas)

Quadro 14: Convivendo com as consequências pós cirurgia por câncer colorretal

Entrevista	Texto	Unidade de Análise
01	Foi quando comecei a ter problemas de comer as coisas que me faziam mal. E por isso que eu comecei a sentir o que não podia comer e aí eu parei. Tirei fora. As coisas que posso comer bem é abóbora, chuchu, beterraba, cenoura, batata doce de vez em quando, porque me dá gases. Tudo que tem semente não me faz bem. Não é psicológico. Que eu forcei para comer. A couve senti quando comi um caldo verde, que rolei na cama de dor. Daí nunca mais comi couve. Tudo que tem semente evito e folha que gosto mas evito comer. Mas como bem de resto, faço um prato bem cheio. Mas me alimento bem. Levanto tomo meu café com leite, pão com queijo e manteiga. Aí de 2-2hs eu tomo assim um iogurte de graviola, que eu gosto. Como muito aveia, faço mingau de aveia. Banana com aveia. Às vezes eu uso, usa fralda. É quando eu estou com diarreia. Também uso quando fico cansada de levantar. O canal fica assim doendo. Sente aquela pressãozinha. Aí vou ao banheiro, faço. Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo e fica grudado na bunda. Aí eu tenho que tirar com papel. Jogar chuveirinho. Lavar. Às vezes acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, já me troquei	01-quando comecei a ter problemas de comer as coisas que me faziam mal. 02- comecei a sentir o que não podia comer; 03- parei. tirei fora. 04- coisas que posso comer bem é abóbora, chuchu, beterraba, cenoura, batata doce de vez em quando, porque me dá gases. 05-Tudo que tem semente não me faz bem. 06- Não é psicológico. Que forcei para comer. 07-A couve senti quando comi um caldo verde, que rolei na cama de dor. 08-nunca mais comi couve. 09-Tudo que tem semente evito e folha que gosto mas evito comer. 10-come bem de resto, faço um prato bem cheio. 11-me alimento bem. Levanto tomo meu café com leite, pão com queijo e manteiga. 12- tomo assim um iogurte de graviola, que eu gosto. 13-Como muito aveia, faço mingau de aveia. Banana com aveia. 14-Às vezes eu uso, usa fralda. 15- quando eu estou com diarreia. 16-Também uso quando fico cansada

	<p>né. Aí sinto um cheiro em mim, aí vou ver e eu estou suja entendeu. Mas não é um coco mole não. É feito assim tipo doce de ameixa. Fica grudado. Aí entro no chuveiro, tomo meu banho, tiro e pronto. Passo um talquinho. Às vezes eu uso, uso fralda. É quando eu estou com diarreia. Também uso quando fico cansada de levantar. As vezes vou 15 vezes ao banheiro qd tenho diarreia. Não tomo remédio nenhum. Deixo ele (coco) sair sozinho, para me limpar. Aí quando fico limpinha, eu sei quando eu olho no banheiro (vaso sanitário) e faz prammm. Aí tá saindo os gases e as últimas fezes. Meu marido diz para eu tomar remédio para segurar mas eu não quero não segurar. Quero que, que limpe (o intestino). É alguma coisa que comi e me fez mal. Então deixa ele sair. Ele sai. Acabou,. Aí ele volta a ficar 2-3 dias sem funcionar. Eu conheço todos os lugares que tem banheiro em Copacabana que eu possa usar, que é assim limpinho. Também no centro do Rio. Eu sempre sondo onde fica o banheiro nos lugares que vou, pro caso de uma emergência. Eu uso sempre saia longa porque se perder coco e escorrer pelas pernas, ninguém fica vendo.</p>	<p>de levantar. 17-O canal fica assim doendo. 18-Sente aquela pressãozinha. 19- vou ao banheiro, faço. 20-Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo e fica grudado na bunda. 21-tenho que tirar com papel. Jogar chuveirinho. Lavar. 22-Às vezes acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, 23-sinto um cheiro em mim, vou ver e eu estou suja. 24-não é um coco mole não. É feito assim tipo doce de ameixa. 25-Fica grudado. 26-entro no chuveiro, tomo meu banho, tiro e pronto. Passo um talquinho. 27-uso quando fico cansada de levantar. 28-As vezes vou 15 vezes ao banheiro qd tenho diarreia. 29-Não tomo remédio nenhum. 30-Deixo ele (coco) sair sozinho, para me limpar. Aí quando fico limpinha, eu sei quando eu olho no banheiro (vaso sanitário) e faz prammm. 31-Aí tá saindo os gases e as últimas fezes. 32-Meu marido diz para eu tomar remédio para segurar mas eu não quero não segurar. 33-Quero que, que limpe (o intestino). 34-É alguma coisa que comi e me fez mal. Então deixa ele sair. Ele sai. Acabou,. 35-ele volta a ficar 2-3 dias sem funcionar. 36-Eu conheço todos os lugares que tem banheiro em Copacabana que eu possa usar, que é assim limpinho. 37-Também no centro do Rio. 38-Eu sempre sondo onde fica o banheiro nos lugares que vou, 39-pro caso de uma emergência. 40-Eu uso sempre</p>
--	--	--

		<p>saia longa porque se perder coco e escorrer pelas pernas, 41-ninguém fica vendo.</p>
02	<p>Tô fazendo fisioterapia para isso, mas conforme te falei na última fisioterapia foi feito, não sei, um choque elétrico dentro do ânus que aí foi 3 dias terríveis depois que eu não sentia nenhuma coisa, já era assim direto. Quando tava em casa, tava no modes (absorvente) e na rua tinha que usar fralda. Eu não consigo sair sem um ou outro. Por exemplo para vir para o Inca, eu tenho que vir em jejum. Porque se comer alguma coisa é terrível. Já tem que botar fralda, sair de fralda. Toda vez que saio se comer alguma coisa mancha. E tô aqui falando com você, mas tô com absorvente e fralda. Como praticamente tudo. Como a tabelinha que a nutricionista fez. É na dietinha de arroz, batata, cenoura e frango. De manhã cedo tomo café, isso não consigo abrir mão, com 2 pãezinhos com ricota. Para você ter uma idéia, hoje estou de modess, fralda, cueca e tipo um rolinho de papel higiênico que coloco na saída do ânus para tentar segurar enão sair com tanta facilidade, e estou sem comer. Vou ficar sem comer o dia todo se ficar aqui. (Choro)</p>	<p>42-Tô fazendo fisioterapia; 43- última fisioterapia foi feito um choque elétrico dentro do ânus que aí foi 3 dias terríveis; 44-eu não sentia nenhuma coisa, já era assim direto. 45-Quando tava em casa, tava no modes(absorvente); 46- na rua tinha que usar fralda. 47-não consigo sair sem um ou outro. 48-Por exemplo para vir para o Inca, eu tenho que vir em jejum. 49-se comer alguma coisa é terrível. 50-tem que botar fralda, sair de fralda. 51-Toda vez que saio se comer alguma coisa mancha.52- tô aqui falando com você, mas tô com absorvente e fralda. 53-Como praticamente tudo. 54-Como a tabelinha que a nutricionista fez. 55- É na dietinha de arroz, batata, cenoura e frango. 56-De manhã cedo tomo café, isso não consigo abrir mão, com 2 pãezinhos com ricota. 57-hoje estou de modess, fralda, cueca e tipo um rolinho de papel higiênico que coloco na saída do ânus; 58- para tentar segurar e não sair com tanta facilidade, 59-estou sem comer. 60-Vou ficar sem comer o dia todo se ficar aqui. (Choro)</p>

03	<p>Já sei o que não posso comer, batata doce, azeitona, porque me dá muito gases. Se eu comer isso eu fico peidando o dia todo. Eu não tenho uma refeição certa. Tipo, você vai almoçar meio dia, eu não tenho, eu não tenho fome para comer. Então você come uma fruta, você toma um café, você come uma besteira. Você não come uma comida, entendeu, eu não tenho àquela hora certa de se alimentar. Eu tô comendo muita farofa. Farofa, farofa. Eu já deixo minha farofa pronta. Porque agora eu chupo uma laranja, mas não como mais nada que solte o intestino. Desde que passei a te conhecer, eu já melhorei muito, porque você passou pra mim: presta atenção no que você come. Comer coisas assim que faz bolo fecal, tipo farinha, e eu parei de ter diarreias. Só tenho diarreia se comer alguma coisa assim, que solte. Porque você vai assim, tirando as coisas que dá gases. Quando eu fiquei 01 ano com nutricionista eu comia muito e perdia (fezes) muito. Aí, então comecei a diminuir, para ir menos no banheiro. Você vai se controlando. Tipo assim, hoje eu vou lá embaixo (vir ao hospital), 01 dia antes eu já não almoço, não janto. No dia que venho para cá, só fico no chazinho, suco, biscoito cream cracker. Desde que operei eu não tenho esse hábito de ficar sem fralda. Eu antes também estava com incontinência urinária. Que melhorou. Já consigo dar uma segurada. Graças a Deus que você mesmo pode se limpar.</p>	<p>61-sei o que não posso comer, batata doce, azeitona, 63-dá muito gases. 64-Se eu comer isso eu fico peidando o dia todo. 65-Eu não tenho uma refeição certa. 66-Tipo, você vai almoçar meio dia, eu não tenho, 67-eu não tenho fome para comer. 68-Então você come uma fruta, você toma um café, você come uma besteira. 69-Você não come uma comida, 70-eu não tenho àquela hora certa de se alimentar. 71- Eu tô comendo muita farofa. 72-já deixo minha farofa pronta. 73-chupo uma laranja, mas não como mais nada que solte o intestino. 74-Desde que passei a te conhecer, melhorei muito, 75-você passou pra mim: presta atenção no que você come. 76-Comer coisas assim que faz bolo fecal, tipo farinha, e eu parei de ter diarreias. 77-Só tenho diarreia se comer alguma coisa assim, que solte. 78-você vai assim, tirando as coisas que dá gases. 79-Quando eu fiquei 01 ano com nutricionista eu comia muito e perdia (fezes) muito. 80-então comecei a diminuir, para ir menos no banheiro. 81-Você vai se controlando; 82- vir ao hospital, 01 dia antes eu já não almoço, não janto. 83-No dia que venho para cá, só fico no chazinho, suco, biscoito cream cracker. 84-Desde que operei eu não tenho esse hábito de ficar sem fralda. 85- antes também estava com incontinência urinária. 86-melhorou. 87-Já consigo dar uma segurada. 88-</p>
----	---	---

		Graças a Deus que você mesmo pode se limpar.
04	Uso fralda. Eu compro fralda e corto em quatro pedaços pra economizar. Eu evito muita coisa de comer, pra não ficar assim com o intestino mais solto. Não como nada, quando saio pra cá.	89-Uso fralda. 90-compro fralda; 91-corto em quatro pedaços pra economizar. 92- evito muita coisa de comer, 93-pra não ficar assim com o intestino mais solto. 94-Não como nada, quando saio pra cá.
05	eu uso fralda. Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida. Não comi nada. Não vou comer nada. Só vou comer quando chegar em casa. Não vou nem beber água. Tomo uns 5 loperamida por dia. Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido. Agora se eu não tomar, sai tudo na fralda. Não como de tudo. Não como mais chocolate, evito tomar leite, muitas coisas, calabresa. Tudo que desanda o intestino. Mamão, laranja, suco de laranja. Se não o que vai ser de mim. (Voz embarga). Eu vivo assim machucada. Se comer pizza, só posso comer um pedacinho, nunca mais comi camarão. Porque senão eu sinto muito cólicas no intestino. Eu vou muito igreja. Mas tem dias que me arrumo toda, e fico desanimada. Penso que a fralda vai encher de xixi, que vou sentir vontade de fazer coco. Aí fico com medo e ficar suja ai não vou, prefiro ficar em casa. Até me arrumo, mas quando penso assim, até porque eu tenho que sair e levar fralda, eu tenho que sair e levar sonda. Às terças faço hidro, agora que tá muito frio não tô indo. Mas pra ir eu não janto no dia anterior, só como até o meio dia e passo sonda de manhã e tomo 5 comprimidos (loretamida). E vou. Daí a aula é de manhã e dura 1h. Você tem que aprender a se conhecer. Eu como assim um cream cracker, um suco bem forte. Eu gosto muito de tomar graviola, graviola assim me alimenta muito. Eu fico assim umas 6hs sem me	95- uso fralda. 96-Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida. 97- Não comi nada. 98-Não vou comer nada. 99-Só vou comer quando chegar em casa. 100-Não vou nem beber água. 101-Tomo uns 5 loperamida por dia. 102-Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido. 103-Agora se eu não tomar, sai tudo na fralda. 104-Não como de tudo. 105-Não como mais chocolate, evito tomar leite, muitas coisas, calabresa. 106-Tudo que desanda o intestino. Mamão, laranja, suco de laranja. 107-Se não o que vai ser de mim. 108-(Voz embarga). 109-110-Eu vivo assim machucada. 111-Se comer pizza, só posso comer um pedacinho, 113-nunca mais comi camarão. Porque senão eu sinto muito cólicas no intestino. 114-Eu vou muito igreja. 115-Mas tem dias que me arrumo toda, e fico desanimada. 116-Penso que a fralda vai encher de xixi, que vou sentir vontade de fazer coco. 117- fico com medo de ficar suja ai não vou, 118-prefiro ficar em casa. 119-Até me

	<p>alimentar quando tomo o suco. Eu descobri isso lendo. Eu gosto muito de ler.</p>	<p>arrumo, 120-mas quando penso assim, 121-eu tenho que sair e levar fralda, 123-tenho que sair e levar sonda. 124-Às terças faço hidro, agora que tá muito frio não tô indo. 125-Mas pra ir eu não janto no dia anterior, 126-só como até o meio dia; 127-passo sonda de manhã e tomo 5 comprimidos (loretamida). E vou. 128-a aula é de manhã e dura 1h. 129-Você tem que aprender a se conhecer. 130-Eu como assim um cream cracker, um suco bem forte. 131-gosto muito de tomar graviola, graviola assim me alimenta muito. 132-fico assim umas 6hs sem me alimentar quando tomo o suco. 133-Eu descobri isso lendo. 134- gosto muito de ler.</p>
06	<p>Se eu conseguir levar uma alimentação, mais assim dentro das normas eu tenho menos incontinência. Eu tenho que sair amanhã, eu hoje já não janto, eu deixo de jantar, pra não ficar fazendo tanto fezes. Porque se eu jantar a noite de manhã já vou ao banheiro. A nutricionista falou pra mim não substituir um lanche por uma refeição. Mas pra sair eu evito. Eu uso fralda direto. É difícil porque você demora no banheiro.</p>	<p>135-se eu conseguir levar uma alimentação, dentro das normas eu tenho menos incontinência. 136-tenho que sair amanhã, eu hoje já não janto, 137-eu deixo de jantar, pra não ficar fazendo tanto fezes. 138-se eu jantar a noite de manhã já vou ao banheiro. 139-A nutricionista falou pra mim não substituir um lanche por uma refeição. 140-pra sair eu evito. 141-uso fralda direto. 142-É difícil porque você demora no banheiro.</p>
07	<p>Eu trabalho, eu sou muito assim cuidadoso. E tem um banheiro perto de mim. As pessoas dizem você tem que sair. Viajar, e eu digo e você sabe da minha vida, como é que eu vou sair, viajar. Até para ir na casa da minha irmã na Penha, evito de ir, porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem</p>	<p>143- trabalho, 144-sou muito assim cuidadoso. 145-tem um banheiro perto de mim. 146-As pessoas dizem você tem que sair. Viajar, e eu digo e você sabe da minha vida, como é que eu vou sair, viajar. 147-Até para ir na</p>

	<p>jeito, você pode perder fezes, lá não como nada, não tomo nem água. Vai que me dá vontade de ir no banheiro, e não para de sair de fezes Agora no momento estou forrando, mas com papel toalha. Assim por precaução. Eu sinto vontade, não dá vontade de chegar no banheiro. Eu prefiro não usar fralda. Eu acho mais incomodo, faz mais sujeira. Sujo a cueca. Tem muita coisa que a gente não pode comer. O médico disse para mim você não pode comer carne de porco e camarão. Camarão não ligo não, mas carne de porco eu gosto. Tipo se você comer arroz, feijão e farinha parece que fica mais encorpado as fezes. Se comer alguma coisa diferente fica assim fazendo barulho. Eu como batata doce, banana, feijão. Tem muita coisa que não posso comer. Eu faço uma dieta mais balanceada por causa do colesterol, triglicérides, glicose então tenho que manerar em muita coisa mesmo. Eu sou muito detalhista. Eu sou muito adaptável. A gente deve esmorecer. Eu não me sinto triste com tudo isso, porque sou uma pessoa adaptável, e aceito as condições em função da doença. A minha urina não está saindo direto, está retendo um pouco, então sai com um pouco de dificuldade, mas é próprio da idade estou com 76 anos. O meu coco as vezes sai sólido as vezes liquido. Depende da minha alimentação. Se como feijão, arroz, farinha fica consistente. Parece mais consistente. Se tomar uma sopa, um creme, ficando fazendo como barulho de flatus.</p>	<p>casa da minha irmã na Penha, evito de ir, 148-porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem jeito, 149-você pode perder fezes, 150-lá não como nada, 151-não tomo nem água. 152-Vai que me dá vontade de ir no banheiro, e não para de sair de fezes 153- no momento estou forrando, mas com papel toalha. 154-Assim por precaução. 155-Eu sinto vontade, não dá vontade de chegar no banheiro. 156-prefiro não usar fralda. 157-acho mais incomodo, faz mais sujeira. 158-Sujo a cueca. 159-Tem muita coisa que a gente não pode comer. 160-O médico disse para não pode comer carne de porco e camarão. 161-Camarão não ligo não, mas carne de porco eu gosto. 162-Tipo se você comer arroz, feijão e farinha parece que fica mais encorpado as fezes. 163-Se comer alguma coisa diferente fica assim fazendo barulho. 164-Eu como batata doce, banana, feijão. 165-Tem muita coisa que não posso comer. 166-Eu faço uma dieta mais balanceada por causa do colesterol, triglicérides, glicose; 167- tenho que manerar em muita coisa mesmo. 168-sou muito detalhista. 169-sou muito adaptável. 170-A gente deve esmorecer. 171-Eu não me sinto triste com tudo isso, 172-sou uma pessoa adaptável, 173-aceito as condições em função da doença. 174-A minha urina não está saindo direto, 175-está retendo um pouco, 176-sai com um pouco de</p>
--	--	--

		<p>dificuldade, 177-é próprio da idade estou com 76 anos. 178-meu coco as vezes sai sólido as vezes liquido. 179-Depende da minha alimentação. Se como feijão, arroz, farinha fica consistente. 180- Parece mais consistente. 181-Se tomar uma sopa, um creme, ficando fazendo como barulho de flatus.</p>
08	<p>Eu faço restrição alimentar. Evito certos alimentos. É uma opção na minha vida. Se tem que evitar eu evito. Por exemplo, esses enlatados, comida que tem muita gordura. Eu evito, pois sei que vou ter problemas com meu intestino. Eu faço minha dietas, mas se eu vou numa festa eu como, não assim uma feijoada, uma coxinha de galinha, um pastelzinho de queijo. Qd saio uso fralda. De repente não sei o que vou comer. Se eu tiver com diarreia, com as fezes mais liquidas, para não passar nenhuma situação de constrangimento eu uso.. Por ex. hoje eu to com absorvente, mas tá limpinho. Eu me considero ter uma vida normal mediante tudo. Quantas pessoas gostariam de ter a vida que tenho. Então só tenho que agradecer.</p>	<p>182-faço restrição alimentar. 183-Evito certos alimentos. 184-É uma opção na minha vida. 185-Se tem que evitar eu evito. 186-Por exemplo, esses enlatados, comida que tem muita gordura. 187-Eu evito, pois sei que vou ter problemas com meu intestino. 188- faço minha dietas, 189-mas se eu vou numa festa eu como, 190-não assim uma feijoada, uma coxinha de galinha, um pastelzinho de queijo. 191-Qd saio uso fralda. 192-De repente não sei o que vou comer. 193-Se eu tiver com diarreia, com as fezes mais liquidas, 194-para não passar nenhuma situação de constrangimento eu uso; 195-hoje eu to com absorvente, 196-mas tá limpinho. 197-Eu me considero ter uma vida normal mediante tudo. 198-Quantas pessoas gostariam de ter a vida que tenho. 199-Então só tenho que agradecer.</p>
09	<p>E meu intestino nunca mais funcionou direito, eu tenho diarreia, não posso comer determinadas coisas, acabou comigo. Eu hoje saio preparada</p>	<p>200- nunca mais funcionou direito, 201- tenho diarreia, 202-não posso comer determinadas coisas, 203-</p>

	<p>com fralda, é muito difícil conseguir segurar, se for diarreia então, não sinto sair. Eu já fui no mercado e fiquei toda suja. Eu não tomo mais leite, não tomo café com leite, acabaram comigo. Minhas fezes são sólidas e também líquidas, eu não posso comer grão de feijão. Eu acostumei a botar sempre um protetor, mas não uso direto tem dia que to bem. Depende da minha alimentação. Eu vou na igreja, mas me preparo direitinho, se vejo que não to bem eu não vou. Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta né, mas em casa minha filha briga, ela acha que eu não quero segurar. Ela diz, “mas que vergonha”. Agora o coco eles não notam não, porque o banheiro é perto da cozinha, eu vou lá e me lavo logo. Eu cuido pra ninguém sentir. Eu tomo cuidado, qd sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira. A minha filha reclama que eu fico batendo na porta e gritando pra ela sair logo.</p>	<p>acabou comigo. 204- hoje saio preparada com fralda, 205-é muito difícil conseguir segurar, 206-se for diarreia então, não sinto sair. 207-já fui no mercado e fiquei toda suja.208-Eu não tomo mais leite, não tomo café com leite; 209-acabaram comigo. 210-Minhas fezes são sólidas e também líquidas, 211-eu não posso comer grão de feijão. 212- acostumei a botar sempre um protetor, 213-mas não uso direto tem dia que to bem. 214-Depende da minha alimentação. 215-vou na igreja, mas me preparo direitinho, 216-se vejo que não to bem eu não vou. 217-Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta; 218- mas em casa minha filha briga, ela acha que eu não quero segurar. 219-Ela diz, “mas que vergonha”. 220-Agora o coco eles não notam não, 221- o banheiro é perto da cozinha, 222- vou lá e me lavo logo. 223-Eu cuido pra ninguém sentir. 224- tomo cuidado, 225-qd sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, 226-se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira. 227-A minha filha reclama que eu fico batendo na porta e gritando pra ela sair logo.</p>
10	<p>Hoje estou como se nada tivesse acontecendo comigo. Eu trabalho. Faço tudo. Como de tudo. Não faço nenhum controle de alimentação.</p>	<p>228-nada tivesse acontecendo comigo. 229-Eu trabalho. 230-Faço tudo. 231-Como de tudo. 232-Não faço nenhum controle de alimentação.</p>

11	<p>Controlo minha alimentação. Tive alta da nutricionista. Aqui fiz uns exames aí, e to descontrolado na aí to controlando, tudo sem açúcar. Tenho um médico que em acompanha l á posto de saúde perto de casa. Eu gosto muito de salada. Salada eu gosto muito uso azeite, eu não posso comer muito, por que ela solta um pouquinho. Então só como no almoço e fico depois 3- 4 dias sem comer.</p>	<p>233-Controlo minha alimentação. 234- alta da nutricionista. 235-fiz uns exames aí, e to descontrolado na glicose; 236- to controlando, tudo sem açúcar. 237-Tenho um médico que em acompanha l á posto de saúde perto de casa. 238- gosto muito de salada. 239-gosto muito uso azeite, eu não posso comer muito, por que ela solta um pouquinho. 240-só como no almoço e fico depois 3- 4 dias sem comer.</p>
12	<p>Geralmente eu tenho meu jeito, eu uso o chuveiro, eu toda noite tenho assim, que fazer uma lavagem, não introduzo o aparelho dentro só encosto, só entra a água. Eu já cheguei de perder qd tive diarreia umas 2 3 x, a gente vai ficando mais velho, e vai aprendendo, não pode ficar ralo, tem ficar sempre grosso. Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar. E não pode ser duro demais senão, não sai. No começo eu fiquei sei lá, perdido, e tive que arrumar um jeito. O pum eu controlo, sinto vontade. Se comer pão, dá mais. Se for mais forte não consigo. Só usei fralda(abs) por causa da urina. A vida vai ensinando a coisas pra gente, se beber muita água eu tenho que regular. Hoje se eu janto, eu tenho que regular a quantidade de água, pois se não faço na cama.</p>	<p>241-tenho meu jeito, 242-eu uso o chuveiro, 243- toda noite tenho assim, que fazer uma lavagem, 244- não introduzo o aparelho dentro só encosto, 245-só entra a água. 246-já cheguei de perder qd tive diarreia umas 2 3 x; 247-a gente vai ficando mais velho, 248-vai aprendendo, 249-não pode ficar ralo, tem ficar sempre grosso. 250-Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar.251- não pode ser duro demais senão, não sai. 252-No começo eu fiquei sei lá, perdido, 253-tive que arrumar um jeito. 254-pum eu controlo, sinto vontade. 255-Se comer pão, dá mais. 256-Se for mais forte não consigo. 257-Só usei fralda(abs) por causa da urina. 258-A vida vai ensinando a coisas pra gente, 259-se beber muita água eu tenho que regular. 260-Hoje se eu janto, eu tenho que regular a quantidade de água, pois se não faço na cama.</p>

13	<p>Depois nos primeiros meses, fiquei assustado, colocava fralda, tirava fralda, e não saía do banheiro, fiquei assado, nervoso, desesperado. Só começou a melhorar a uns 3 meses. Tem dia que vou 1x ao banheiro e tem dia que vou umas 6 vezes. Mas agora já consigo segurar, porque antes não dava. As fezes já estão normal, pastosa. Dá à vontade, consigo segurar até ir no banheiro. Não consigo segurar o pum. O pum solto em qualquer lugar.</p>	<p>261- fiquei assustado, 262-colocava fralda, tirava fralda, 263-não saía do banheiro, 264-fiquei assado, 265-nervoso, 266-desesperado. 267-Só começou a melhorar a uns 3 meses. 268-Tem dia que vou 1x ao banheiro e tem dia que vou umas 6 vezes. 269-agora já consigo segurar, 270- antes não dava. 271-As fezes já estão normal, pastosa. 272-Dá à vontade, consigo segurar até ir no banheiro. 273-Não consigo segurar o pum. 274-O pum solto em qualquer lugar.</p>
14	<p>Eu tenho diarreia, só quando como gordura, fora isso é normal, no formato normal. Consigo segurar, até chegar no banheiro. Já usei fralda, depois da cirurgia, que tinha diarreia e não sabia o que era, ia toda hora no banheiro. Passei numa consulta com o médico Dr., que avisou que eu não ia mais ser normal como era antes. Eu tirei uns 25 centímetros do intestino grosso e também um pedaço do reto. Então sei que posso ter essas alterações. Não posso extrapolar certas coisas. Tipo assim, normalmente estou bem, hoje estou bem. Eu sei quando vou ter esse problema de diarreia. Quando como gordura animal e abacate. Tirando isso faço normalmente. De manhã eu vou 3-4 x ao banheiro. Hoje por exemplo, eu fui de madrugada, e depois fui mais três vezes. Essa frequência é normal o coco, não é diarreia. Eu não tenho incontinência. Tenho incontinência só quando como alguma coisa que não devo. Eu me conheço, eu conheço meu organismo. Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. Antes disso, de conseguir controlar, eu andava com a fralda na bolsa, eu não sabia porque passava mal. Só usava quando tinha</p>	<p>275-tenho diarreia, só quando como gordura, 276-fora isso é normal, no formato normal. 277-Consigo segurar, até chegar no banheiro. 278- Já usei fralda, depois da cirurgia, 279- tinha diarreia; 280-não sabia o que era, 281-ia toda hora no banheiro. 282-Passei numa consulta com o médico; 283-avisou que eu não ia mais ser normal como era antes. 284- tirei uns 25 centímetros do intestino grosso e também um pedaço do reto. 285-Então sei que posso ter essas alterações. 286-Não posso extrapolar certas coisas. 287- Eu me conheço, eu conheço meu organismo. 288-Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. 289- Antes disso, de conseguir controlar, eu andava com a fralda na bolsa; 290- não sabia porque passava mal. 291-Só usava quando tinha diarreia. 292-Não sentia. 293-Me sentia</p>

	<p>diarreia. Não sentia. Me sentia constrangido. Se sentisse que apertava eu usava. Desde que operei. Não uso mais sunga, cueca. Só uso essas cuecas de praia, porque é assim mais grossa e retém a água. Não deixa passar nada, se por acaso eu perder alguma coisa. E precaução. Ela retém as fezes, por mais que seja líquido, não passa pra calça, não tem constrangimento.</p>	<p>constrangido. 294-Se sentisse que apertava eu usava. 295-Desde que operei. Não uso mais sunga, cueca. 296-Só uso essas cuecas de praia, porque é assim mais grossa e retém a água. 297-Não deixa passar nada, se por acaso eu perder alguma coisa. 298-E precaução. 299-Ela retém as fezes, 300-por mais que seja líquido, não passa pra calça, 301-não tem constrangimento.</p>
--	---	---

Quadro 15: Resultado da Análise das UNIDADES de REGITROS da Questão 5: Convivendo com as sequelas, que estão visivelmente matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				

Essa questão gerou 301 unidades de análise:

Unidades Vermelhas 00 Unidades de Análise - 00 %
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

Unidades Verdes 12 Unidades de Análise - 3,98%
Sinais e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

Unidades Marrons 264 Unidades de Análise - 87,70%
Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

Unidades Azuis 12 Unidades de Análise - 3.10%
Fé, emoções, sentimentos, lascas de Sexualidade, subjetividades

A adaptação no dia a dia, no saber conviver e auto cuidar deste corpo que exige cuidados para que o cliente possa conviver no seu meio social, familiar, envolve as restrições alimentares, e, o uso de absorventes ou fraldas que eles aprenderam sozinhos a caminhar neste processo.

É preciso começar por compreender que o fenômeno patológico revela uma estrutura individual modificada. É preciso, ter sempre em mente a transformação da personalidade do doente. Caso contrário, arriscamo-nos a ignorar que o doente, mesmo quando é capaz de reações semelhantes às que antes podia ter, pode chegar a essas reações por caminhos completamente diferentes. (CANGUILHEM;2010, p. 137)

6ª Questão: Questão 6: A aparência e o exercício da sexualidade.

Quadro 16: Aparência/exercício da sexualidade/como vive sua vida;

Entrevista	Texto	Unidade de Análise
1	Eu sempre soube me vestir bem, trabalhei em boutique francesa. Eu sempre me vesti muito bem, cheirosa. Sempre usei perfumes franceses. Então tive muita experiência sobre tudo isso (se arrumar). Nada pode me abalar. Tento me erguer. Não vou dizer que não sofro. Eu sou muito emotiva. Adoro ver novela mexicana, eu me sinto beijada por aqueles caras rrsrs. Eu curto tudo que você possa imaginar. Sou uma pessoa que não falo de ninguém, não me meto na vida de ninguém. Vou lá pra igreja e fico no cantinho fazendo minhas orações e depois vou pra minha casa. Se não tenho nada para fazer, vou ver televisão, daí eu durmo, eu acordo e pronto. Saio, vou fazer visita aos doentes que eu gosto de fazer. Eu venho aqui (hospital) e faço visita à beça. Vou nas enfermarias pra mostrar como é que estou. Que já tem tantos anos que fiz minha cirurgia. Que as pessoas têm que se erguer. Eu levanto o astral à beça. Aí levo uns santinhos e distribuo. Faço orações. Eu tenho fé em Deus que não vou morrer de câncer. Já tive problema no fígado, fiz biopsia	1-soube me vestir bem, 2-trabalhei em boutique francesa. 3- sempre me vesti muito bem, 4-cheirosa. 5-Sempre usei perfumes franceses. 6-tive muita experiência sobre tudo isso (se arrumar). 7- Nada pode me abalar. 8-Tento me erguer. 9-Não vou dizer que não sofro. 10-sou muito emotiva. 11- Adoro ver novela mexicana, 12-me sinto beijada por aqueles caras rrsrs. 13-curto tudo que você possa imaginar. 14-Sou uma pessoa que não falo de ninguém, 15-não me meto na vida de ninguém. 16-Vou lá pra igreja e fico no cantinho fazendo minhas orações e depois vou pra minha casa. 17-e não tenho nada para fazer, vou ver televisão, 18-eu durmo, eu acordo e pronto. 19-saio, 20-vou fazer visita aos doentes que eu gosto de fazer. 21-venho aqui (hospital) e faço visita à beça. 22-Vou nas enfermarias pra mostrar como é que estou. 23-já tem tantos anos que fiz minha cirurgia. 24-as pessoas têm que se erguer. 25-Eu levanto o astral à beça. 26- levo uns santinhos e distribuo. 27-Faço orações. 28- tenho fé em Deus não vou morrer de câncer. 29-já tive problema no fígado, 30-fiz biopsia; 31-não deu nada Graças a Deus. 32-faço

	<p>e não deu nada Graças a Deus. Eu faço Rx de tórax, meus exames direitinho. Eu me cuido.</p>	<p>Rx de tórax, meus exames direitinho. 33-eu me cuido.</p>
2	<p>Viver com tudo isso é terrível, porque o que que acontece. A empresa que trabalho, mandaram mais de 60% das pessoas embora, nesta sexta passada. Na última vez que eu falei com meu patrão ele disse para eu ficar tranquilo (disse assim:a sua vaga está garantida). Mas o que acontece, você não tem previsão para isso (incontinência fecal), eu não vejo as coisas melhorarem assim tão rápido. Eu preciso (trabalhar), e é uma expectativa danada, porque falta aproximadamente 01 ano e meio para eu me aposentar e ´é uma expectativa terrível, é você não saber para onde vai. Peço a Deus pelo amor de Deus, para eu continuar (no trabalho, mesmo de licença), porque se volta para a empresa e eles dão tchauzinho para mim!!!!Pois não posso trabalhar direito (ir no banheiro toda hora). Hoje, além de vir para o hospital, fico em casa. Festas e eventos vai minha esposa e filho. Eu fico em casa com o cachorro. Espero melhorar. Voltar a trabalhar. E mais pra frente, me aposentar né. Eu realmente não queria me aposentar de imediato, mas devido</p>	<p>34-Viver com tudo isso é terrível; 35- A empresa que trabalho, mandaram mais de 60% das pessoas embora; 36- Na última vez que eu falei com meu patrão ele disse para eu ficar tranquilo (disse assim: a sua vaga está garantida). 37-Mas o que acontece, você não tem previsão para isso (incontinência fecal), 38-não vejo as coisas melhorarem assim tão rápido. 39-preciso (trabalhar), 40-é uma expectativa danada, 41-falta aproximadamente 01 ano e meio para eu me aposentar; 42-é uma expectativa terrível, 43-você não saber para onde vai. 44-Peço a Deus pelo amor de Deus, para eu continuar (no trabalho, mesmo de licença), 45- porque se volta para a empresa e eles dão tchauzinho para mim; 46- não posso trabalhar direito (ir no banheiro toda hora). 47-além de vir para o hospital, fico em casa. 48-Festas e eventos vai minha esposa e filho. 49-fico em casa com o cachorro. 50-Espero melhorar. 51-Voltar a trabalhar. 52-me aposentar. 53-não queria me aposentar de imediato, 54-mas devido a vida Que estou levando, 55-não resta outra alternativa,</p>

	<p>a vida!!!! Que estou levando, não resta outra alternativa, né.</p>	
3	<p>A minha vida também é bem agitada, né. Bem assim, mesmo que eu fique em minha casa sem fazer nada, eu não consigo parar, minha cabeça tá sempre agitada. Gosto de computador. A minha cabeça assim, só relaxa assim quando vai passar um filme de romance. Aí eu gosto de ver. Um filme sem preconceito, um filme antigo, um filme assim de Cinderela. É nessa hora, assim, que eu fico apagada. E na hora, assim, que eu tô fazendo uma oração, não é o dia inteiro, é umas 3 vezes ao dia, é o horário assim que eu paro. Hoje, tipo assim, pra sair, pra viajar, pra sair pra todos os lugares, eu prefiro mais ficar em casa. Até pra ir no banheiro da casa dos outros é problema. Porque eu gasto um rolo de papel higiênico por dia. Porque toda vez que você vai no banheiro, você faz uma higiene. Mas tipo assim, chega uma hora que você não mais aguenta se fazer higiene. O corpo não pede pra você fazer higiene. Primeiro, que você vai se limpar é um rolo de papel higiênico. Você vai se limpando, você vai se limpando e jogando fora. Tem hora que você se lava, tem hora que você se limpa com o papel, então você fica meio revoltada, mesmo que você tá vendo sua própria sujeira, você tem que ir toda hora no banheiro, seu humor já muda. Mas você tem que dar Graças a Deus. É uma parte difícil de você ter que ficar se limpando. Se Deus me deu uma segunda chance, é porque ele tem um propósito na minha vida. Como mulher hoje, se você disser: você quer arrumar um homem, ou</p>	<p>56- minha vida bem agitada, né. 57-mesmo que eu fique em minha casa sem fazer nada, 58-não consigo parar, minha cabeça tá sempre agitada. 59-Gosto de computador. 60-A minha cabeça assim, só relaxa assim quando vai passar um filme de romance. Aí eu gosto de ver. Um filme sem preconceito, um filme antigo, um filme assim de Cinderela. 61-nessa hora, assim, que eu fico apagada. 62-fazendo uma oração, 63-é o horário assim que eu paro. 64-pra sair, pra viajar, pra sair pra todos os lugares, 65- prefiro mais ficar em casa. 66-pra ir no banheiro da casa dos outros é problema. 67-eu gasto um rolo de papel higiênico por dia. 68-toda vez que você vai no banheiro, você faz uma higiene. 69-chega uma hora que você não mais aguenta se fazer higiene. 70-O corpo não pede pra você fazer higiene. 71-Primeiro, que você vai se limpar é um rolo de papel higiênico. 72-Você vai se limpando, você vai se limpando e jogando fora. 73-Tem hora que você se lava, tem hora que você se limpa com o papel, 74-você fica meio revoltada, 75- vendo sua própria sujeira, 76-você tem que ir toda hora no banheiro, 77-seu humor já muda. 78-você tem que dar Graças a Deus. 79-É uma parte difícil de você ter que ficar se limpando. 80-Se Deus me deu uma segunda chance, é porque ele tem um propósito na minha vida. 81- quer arrumar um homem, ou você quer construir uma casa? Eu mudava de casa. 82-Cuido do meu netinho da outra filha. 83-Depois que perdi meu marido então! 84-Você sente assim que a</p>

	<p> você quer construir uma casa? Eu mudava de casa. Cuido do meu netinho da outra filha. Depois que perdi meu marido então! Você sente assim que a motivação vai acabando, diminuindo. Hoje só vou a igreja, a lugar nenhum mais, mas a igreja eu não consigo deixar de ir. </p>	<p> motivação vai acabando, 85-diminuindo. 86-Hoje só vou a igreja, 87-a lugar nenhum mais, 88-mas a igreja eu não consigo deixar de ir. </p>
4	<p> Mas vou seguindo, fazer o que. Tinha que operar pra tirar o tumor. Mas tô vivendo. Tô com minha família. Não vou em nenhum lugar além do hospital. Não saio de casa. Me aposentei. </p>	<p> 89-vou seguindo, 90-fazer o que. 91-Tinha que operar pra tirar o tumor. 92-tô vivendo. 93-Tô com minha família. 94-Não vou em nenhum lugar além do hospital. 95-Não saio de casa. 96-Me aposentei. </p>
5	<p> Mas depois que tive câncer eu mudei muito, eu vejo a vida diferente, eu procuro coisas pra me agradar. Tb não quero mais saber. Quero saber de mim. Tem dias que to passando mal, eu não faço as coisas. Hoje eu me preocupo comigo. Eu estou bem, estou, se não estou, problema tudo bem. Hoje em dia não procuro agradar ninguém. Hoje vivo assim, não preocupo com os que as pessoas pensam. Eu vivo mais pra mim. Ninguém se preocupa comigo, então vivo mais pra mim. Então não posso carregar peso, me abaixar. Porque hoje morando na mesma casa com ele (marido) eu faço tudo. Tudo na medida do possível. Não posso pagar faxineira. Porque eu não posso me abaixar, porque eu sinto muita dor quando me abaixar. Não posso pegar muito peso., fiquei debilitada. Mas eu agradeço a Deus por estar viva. Quantos queriam estar com esse problema conformo. Mas não tem jeito. Eu vou ter que ficar para sempre fazendo </p>	<p> 97-depois que tive câncer eu mudei muito, 98-vejo a vida diferente, 99-procuro coisas pra me agradar. 100- Quero saber de mim. 101-Tem dias que to passando mal, eu não faço as coisas. 102-Hoje eu me preocupo comigo. 103-Eu estou bem, 104-se não estou, problema tudo bem. 105-Hoje em dia não procuro agradar ninguém.106- Hoje vivo assim, não preocupo com os que as pessoas pensam. 107-vivo mais pra mim. 108-Ninguém se preocupa comigo, 109-então vivo mais pra mim. 110- não posso carregar peso, me abaixar. 111- morando na mesma casa com ele (marido) eu faço tudo. 113-Tudo na medida do possível. 114-Não posso pagar faxineira. 115-eu não posso me abaixar, 116-sinto muita dor quando me abaixar. 117-Não posso pegar muito peso; 118- fiquei debilitada. 119-Mas eu agradeço a Deus por estar viva. 120-Quantos queriam estar com esse problema conformo. 121-Mas não tem jeito. 122- </p>

<p>isso, pro resto da minha vida.. Entendeu. Então quando começo a pensar reclamar, eu digo, Meu Deus quantos morreram e queriam estar aqui, e eu estou viva, Muito Obrigado. Não tem jeito, Ai eu me Dependo do meu auxílio. Tem dia que estou muito cansada.Tem dias que estou muito desanimada, por isso que quero morar sozinha. Eu procuro fazer minha vontade. Vou dormir. Mudou, mudou essa história do Câncer mudou minha vida 99%. Eu gosto muito de ir pra igreja, me arrumo,mas não vou, me sinto feia. Prefiro ficar em casa não tenho paciência para ver televisão, saio pra fora e vou cuidar dos meus bichos (galinhas). Mudou, não sei explicar mas mudou. Não durmo bem. Eu vivo assim machucada. Eu vou muito igreja. Mas tem dias que me arrumo toda, e fico desanimada. Penso que a fralda vai encher de xixi, que vou sentir vontade de fazer coco. Aí fico com medo e ficar suja ai não vou, prefiro ficar em casa. Até me arrumo, mas quando penso assim, até porque eu tenho que sair e levar fralda, eu tenho que sair e levar sonda. Entendeu. Não saio longe. Teve uma vez que fui fazer uma viagem, e senti uma cólica, perdi muito fezes. Então prefiro ficar em casa e sair perto mesmo. Mas eu não reclamo não. Eu dou Graças a Deus que eu estou viva. Quando vejo que vou ficar triste eu peço perdão a Deus. Eu não gosto de reclamar, quando vejo que estou ficando triste e digo aí Meu Deus me perdoa. Me fortalece. Me reveste com tua força. Ai eu começo a cantar, canto um hino. Eu faço aula de canto. Faço aula de canto particular, 1x semana. Eu gosto muito de ler. Eu tenho uma motinha. Vou pra minha igreja. Vou pra cidade. Boto meu capacete e vou embora. Agora que a policia tá implicando eu não vou muito longe, só perto de casa mesmo.</p>	<p>Eu vou ter que ficar para sempre fazendo isso, 123-pro resto da minha vida; 124- quando começo a pensar reclamar, eu digo, Meu Deus quantos morreram e queriam estar aqui, e eu estou viva, Muito Obrigado. 125-Não tem jeito, 126-Dependo do meu auxílio. 127-Tem dia que estou muito cansada. 128-Tem dias que estou muito desanimada, por isso que quero morar sozinha. 129-procuro fazer minha vontade. Vou dormir. 130-essa história do Câncer mudou minha vida 99%. 131-gosto muito de ir pra igreja, 132-me arrumo, mas não vou, me sinto feia. 133-Prefiro ficar em casa; 134- não tenho paciência para ver televisão, 135- saio pra fora e vou cuidar dos meus bichos (galinhas). 136-Mudou, não sei explicar mas mudou. 137-Não durmo bem. 138- vou muito igreja. 139-tem dias que me arrumo toda, 140-fico desanimada. 141-Penso que a fralda vai encher de xixi, 142-que vou sentir vontade de fazer coco. 143-fico com medo; 144- de ficar suja ai não vou, 145-prefiro ficar em casa. 146-Até me arrumo, mas quando penso tenho que sair e levar fralda, 147-eu tenho que sair e levar sonda. 148-Não saio longe. 149-Teve uma vez que fui fazer uma viagem, e senti uma cólica, 150-perdi muito fezes. 151-prefiro ficar em casa; 152- sair perto mesmo. 153-não reclamo não. 154- dou Graças a Deus que eu estou viva. 155-Quando vejo que vou ficar triste 156-peço perdão a Deus. 157-não gosto de reclamar, 158-quando vejo que estou ficando triste, 159- Meu Deus me perdoa. 160-Me fortalece. 161-Me reveste com tua força. 162- começo a cantar, canto um hino. 163-faço aula de canto. 164-gosto muito de ler. 165-tenho uma motinha. 166-Vou pra minha igreja. 167-Vou pra cidade. 168-Boto meu capacete e vou embora. 169-Agora que a policia tá implicando eu não vou muito longe, 170-só perto de casa mesmo.</p>
---	--

6	<p>A gente, ninguém tem assim uma vida maravilhosa, eu tenho meus problemas, na minha casa com meu irmão, que a gente tem que cuidar, mas parece que é só eu quero cuidar. Isso me desmotiva me chateia, então to tentando por onde comprar uma casa. Eu não vou a igreja prestar conta aos homens, eu vou para adorar a Deus. Só vou a igreja. Vou ao cinema ao shopping, agora viajar, agora não. É difícil porque você demora no banheiro. Vou levando.</p>	<p>171-ninguém tem assim uma vida maravilhosa, 172-tenho meus problemas, na minha casa com meu irmão, 173- a gente tem que cuidar, 174- parece que é só eu quero cuidar. 175-Isso me desmotiva me chateia, 176-to tentando por onde comprar uma casa. 177-não vou a igreja prestar conta aos homens, 178-eu vou para adorar a Deus. 179-Só vou a igreja. 180-Vou ao cinema ao shopping, 181-agora viajar, agora não. 182-É difícil; 183-você demora no banheiro. 184-Vou levando.</p>
7	<p>Eu trabalho, eu sou muito assim cuidadoso. E tem um banheiro perto de mim. As pessoas dizem você tem que sair. Viajar, e eu digo e você sabe da minha vida, como é que eu vou sair, viajar. Até para ir na casa da minha irmã na Penha, evito de ir, porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem jeito, você pode perder fezes, lá não como nada, não tomo nem água. Vai que me dá vontade de ir no banheiro, e não para de sair de fezes. Eu sou muito adaptável. A gente deve esmorecer. Eu não me sinto triste com tudo isso, porque sou uma pessoa adaptável, e aceito as condições em função da doença. A minha urina não está saindo direto, está retendo um pouco, então sai com um pouco de dificuldade, mas é próprio da idade estou com 76 anos. Por isso que não saio mais, vivo numa prisão domiciliar rsrs. Atrás das grades. Mas estou vivo Graças a Deus, estou trabalhando, pagando minhas contas. Eu trabalho de recepcionista na sauna de um clube, então tem um banheiro perto que posso usar e é perto da minha casa também. É um ambiente que tem como trabalhar. Pelo menos assim hoje eu estou normal. Graças a Deus estou aqui. Tem</p>	<p>185-trabalho, 186-sou muito assim cuidadoso. 187-tem um banheiro perto de mim. 188-As pessoas dizem você tem que sair. Viajar, e eu digo e você sabe da minha vida. 189-como é que eu vou sair, viajar. 190-Até para ir na casa da minha irmã na Penha, evito de ir, 191- porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem jeito, 192-você pode perder fezes, 193-lá não como nada, não tomo nem água. 194-Vai que me dá vontade de ir no banheiro, 195-não para de sair de fezes. 196-sou muito adaptável. 197-A gente não deve esmorecer. 198- não me sinto triste com tudo isso, 199-sou uma pessoa adaptável, 200- aceito as condições em função da doença. 201-A minha urina não está saindo direto, está retendo um pouco, 202-sai com um pouco de dificuldade, 203-é próprio da idade estou com 76 anos. 204-não saio mais, 205-vivo numa prisão domiciliar; 206-Atrás das grades. 207-estou vivo Graças a Deus, 208-estou trabalhando, 209-pagando minhas contas. 210-trabalho de recepcionista na sauna de um clube, 211-tem um banheiro perto que posso usar; 212-é perto da minha casa também. 213-É um ambiente que tem como trabalhar. 214-Pelo menos</p>

<p>gente que me pergunta: Porque você ainda trabalha? Eu respondo: eu trabalho por 3 motivos: minha aposentadoria é pequenininha, eu ficar sozinho dentro de casa olhando pro teto, eu sou caseiro, sou pacto, não gosto de ficar na casa dos outros este é o segundo motivo, e o terceiro motivo no meu emprego eu tenho meu plano de saúde. Penha veja só eu com 76 anos pagar um plano de saúde, qto vai ser e eu trabalhando o clube ajuda, eu pago um taxinha. Porque se eu pagar sozinho vou pagar uns R\$1,300-1,500 reais, minha aposentadoria vai só pra isso e o resto! Não tem condições. Meus colegas de trabalho sabem do meu problema. Eles até me ajudam. Qd tenho que ir no banheiro. Moro sozinho. Faço minhas coisas, minha comida. Não dependo de ninguém. Não gosto de depender de ninguém. Gosto de ser livre. Pelo menos fiquei de um jeito que dá para viver. Tem muitos que operaram na minha época e não estão mais aqui.</p>	<p>assim hoje eu estou normal. 215-Graças a Deus estou aqui. 216- Porque você ainda trabalha? 217- Eu respondo: eu trabalho por 3 motivos: minha aposentadoria é pequenininha, 218- ficar sozinho dentro de casa olhando pro teto, 219- sou caseiro, 220-sou pacto, 221-não gosto de ficar na casa dos outros este é o segundo motivo, 222-o terceiro motivo no meu emprego eu tenho meu plano de saúde. 224-pagar um plano de saúde, 225-qto vai ser e eu trabalhando o clube ajuda, 226- pago um taxinha. 227-se eu pagar sozinho vou pagar uns R\$1,300-1,500 reais, 228-minha aposentadoria vai só pra isso e o resto! 229-Não tem condições. 230- Meus colegas de trabalho sabem do meu problema. 231-Eles até me ajudam. 232-Qd tenho que ir no banheiro. 233-Moro sozinho. 234-Faço minhas coisas, minha comida. 235-Não dependo de ninguém. 236-Não gosto de depender de ninguém. 237-Gosto de ser livre. 238-Pelo menos fiquei de um jeito que dá para viver. 239-Tem muitos que operaram na minha época e não estão mais aqui.</p>
--	--

8	<p>Minha vida hoje, eu tenho minha família, meus netos. Mas eu sinto bem hoje com tudo. Hoje tenho 2 netas lindas e maravilhosas, então é a gente passa por uma situação difícil, mas é superável. Sei lá se você me perguntar é bom, não é. Eu gostaria de estar aqui hoje, não. Eu gostaria de estar em outros lugares fazendo passeios. Mas a vida não é assim. Deus quis que estivesse aqui, Deus não quer isso pra você, mas aconteceu e Deus deu a oportunidade de eu estar aqui hoje, falando com você. Eu me considero ter uma vida normal mediante tudo. Quantas pessoas gostariam de ter a vida que tenho. Então só tenho que agradecer. Eu já me conheço. Sou trabalhadora. Que não dá tempo. Quero publicar meu livro de poesias.</p>	<p>240- tenho minha família, meus netos. 241-eu sinto bem hoje com tudo. 242-tenho 2 netas lindas e maravilhosas, 243-a gente passa por uma situação difícil; 244-mas é superável. 245- se você me perguntar é bom, não é. 246-gostaria de estar aqui hoje, não. 247-gostaria de estar em outros lugares fazendo passeios. 248-Mas a vida não é assim. 249-Deus quis que estivesse aqui, 250-Deus não quer isso pra você, 251-mas aconteceu e Deus deu a oportunidade de eu estar aqui hoje, falando com você. 252-me considero ter uma vida normal mediante tudo. 253-Quantas pessoas gostariam de ter a vida que tenho. 254-só tenho que agradecer. 255- já me conheço. 256-Sou trabalhadora. Que não dá tempo. 257-Quero publicar meu livro de poesias.</p>
9	<p>Eu vou na igreja, mas me preparo direitinho, se vejo que não to bem eu não vou. Eu levo minha vida bem com tudo isso, eu moro com minha filha solteira que tem um filho que criei, e tem um outro neto que criei tb. Eu faço tudo em casa. Eu ajudo todo mundo, minha filha. Eu trato lá clínica da família esses outros problemas de velho.</p>	<p>258- vou na igreja, 259-me preparo direitinho, se vejo que não to bem eu não vou. 260- levo minha vida bem com tudo isso, 261- moro com minha filha solteira que tem um filho que criei, e tem um outro neto que criei tb. 262- faço tudo em casa. 263- ajudo todo mundo, minha filha. 264- trato lá clínica da família esses outros problemas de velho.</p>
10	<p>Faço meus exames tudo direitinho, tanto é que estou aqui fazendo revisão. Pra poder pegar novos pedidos de exames, que todo ano faço. Hoje estou como se nada tivesse acontecendo comigo. Eu trabalho. Faço tudo. Como de tudo. Não faço nenhum controle de alimentação. Nunca tive problema de falar para as pessoas que estava com câncer, todo mundo ficava me perguntando porque eu estava emagrecendo, e eu dizia. A gente</p>	<p>265-Faço meus exames tudo direitinho, 266-estou aqui fazendo revisão. 267-todo ano faço. 268-estou como se nada tivesse acontecendo comigo. 269-trabalho. 270-Faço tudo. 271-Como de tudo. 272-Não faço nenhum controle de alimentação. 273-Nunca tive problema de falar para as pessoas que estava com câncer, 274- A gente não pode se entregar. 275-Nunca me entreguei. 276-Tem que lutar. 277-hoje estou bem.</p>

	não pode se entregar. Nunca me entreguei. Tem que lutar. Olha eu, hoje estou bem.	
11	Só de passar o deserto que passei, tá uma maravilha, tá bom demais. Vida que segue.	278-Só de passar o deserto que passei, 279-tá uma maravilha, 280-tá bom demais. 281-Vida que segue.
12	Eu faço de vez em quando umas coisas erradas, eu tomo umas cervejas, mas ninguém nunca me proibiu tb. Eu trabalho até hoje, uma loja de conserto de ventilador. Mas no sábado vou pro sitio, tenho um sitiozinho que vou todo final de semana, e minha família implica um pouco comigo pra não fazer esforço.	282-faço umas coisas erradas, tomo umas cervejas, 283- ninguém nunca me proibiu tb. 284- trabalho até hoje, 285- no sábado vou pro sitio, tenho um sitiozinho que vou todo final de semana, 286- minha família implica um pouco comigo pra não fazer esforço.
13	Depois de fechar colostomia, tô me sentindo muito bem, saio sem camisa, antes com a colostomia não.	287-Depois de fechar colostomia, tô me sentindo muito bem, 288-saio sem camisa, antes com a colostomia não.
14	Não posso extrapolar certas coisas. Tipo assim, normalmente estou bem, hoje estou bem. Eu me conheço, eu conheço meu organismo. Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. Minha é vida normal.	289-Não posso extrapolar certas coisas. 290-normalmente estou bem, hoje estou bem. 291-Eu me conheço, eu conheço meu organismo. 292-Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. 293-Minha é vida normal.

Quadro 17: Resultado da Análise das UNIDADES de REGITROS da Questão 6: A aparência e o exercício da sexualidade, que estão visivelmente matematizadas pela distribuição das cores nos quadrados:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			

A aparência e o exercício da sexualidade, essa questão gerou 301 unidades de análise:

Unidades Vermelhas 00 Unidades de Análise - 00%
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

Unidades Verdes 00 Unidades de Análise - 00% Sinais
e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

Unidades Marrons 201 Unidades de Análise - 67,11%
Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

Unidades Azuis 99 Unidades de Análise - 32,9%
Fé, emoções, sentimentos, lascas de sexualidade, subjetividades.

A totalização das Unidades de Análise, ficou assim distribuída:

Unidades Vermelhas 43 Unidades de Análise - 2,99 %
Narrativas de vida antes da cirurgia/doença, modos de viver.

Unidades Verdes 352 Unidades de Análise - 24,48 % Sinais
e sintomas de intervenção; exaustão física como consequência da situação.

Unidades Marrons 830 Unidades de Análise - 57,72 %
Problemas gerais e administrativos, que envolvem o tratamento, cuidado de si, familiar, trabalho.

Unidades Azuis 213 Unidades de Análise - 14,81%
Fé, emoções, sentimentos, lascas de Sexualidade, subjetividades

Vemos mais uma vez o predomínio do cuidado do novo corpo que envolve modificações em todos os aspectos para poder viver o mais próximo da normalidade externa, em decorrência da anormalidade da funcionalidade interna.

Na organização quantitativa (matematização dos dados) fomos descobrindo, aproximações entre um corpo saudável nos aspectos mais gerais que envolvem “viver a vida” apesar das modificações corporais, que expressa humores e odores num corpo que enfrenta o cotidiano de viver. Um corpo que se expressa de dentro para fora. Um corpo que é sensual-sexual sem que se fale claramente (de coito ou de qualquer forma de erotismo).

10ª Parada

A Categorização

Neste momento trazemos Bardin (1977, p.145), para dizer que fizemos “a divisão dos componentes das unidades de análise trabalhadas exaustivamente como mensagens (das narrativas de Homens e Mulheres pós cirurgia por Câncer Colorretal), como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, seguidamente reagrupados, com unitermos previamente definidos”.

O critério de categorização neste estudo foi orientado pela legenda (em cores), do que eles/elas nos diziam sobre suas situações – a doença, a cirurgia, a reabilitação e depois as suas consequências, seu corpo e sua sexualidade redesenhados.

A categorização se deu por um processo (quase) estrutural que Bardin (1977, p.146), sugere que seja feito em duas etapas:

*Isolar os elementos (inventário);

* Repartir os elementos – quando impomos uma certa organização das mensagens, que colocamos como legenda de cores, dentro das sub-categorias.

Do processo de organização que ele propõe, nos aproximamos mais do sistema no qual a categoria não é fornecida e resulta da classificação analógica progressiva dos elementos. Este é o procedimento por “acervo”. Assim definimos a CATEGORIA, como: *A Doença (re)cartogra o corpo por dentro e por fora e o Reterritorializa em novos espaços de experiência.

***Análise e Discussão**

Não pretendemos e nem vamos falar sobre o câncer colorretal, mas de um corpo total, sem órgãos que convive com ele ou com suas sequelas após a cirurgia. Queremos não perder de vista o conceito de corpo e de sexualidade, acreditando que ele, “o corpo” por si só é sensual-sexual sem precisar que haja coito. Corpo como sinal de vida, de entusiasmo de viver, que sofre e se regenera, que compõem a personalidade de cada um; como corpo total, único, energia que motiva a vida a encontrar amor, afeto, amigos, família, que se expressa de várias formas, faz movimentos diversos intermediado pelos sentidos.

Um corpo que tem uma linguagem fisiológica, individual, histórico e social. Nossa busca por respostas as questões feitas centram-se no corpo de homens e mulheres, que viveram e vivem o processo do adoecer, para que encontrássemos padrões de cuidados em suas experiências.

Mesmo não superando as explicações é preciso considerar que estamos tratando de um tema, que para nós tem muitos pontos de tensão (as vezes embaraçosos), porque ao falar de sexualidade não sabemos falar de corpo, de seus aspectos mais eróticos e de entender, erroneamente que só é sexual se for sexualidade. Não queremos falar de ato de procriação. Queremos falar de uma dimensão que veicula no corpo físico e espiritual – que tem provocado em muitos teóricos posições demasiado divergentes, que acabam, influenciando a todos nós que cuidamos do corpo.

Essa categoria comporta todas as unidades de análise e dos elementos encontrados dentro das subcategorias a serem mostradas a seguir. Neste momento pensar no que foi definido com CARTOGRAFIA, retiradas das narrativas das mulheres e homens como seres humanos saudáveis ou adoecidos, foi para nos a captura de nosso entendimento, desse corpo que se mostra nos resultados.

Envolve uma cartografia física, cartografia social, uma cartografia sentimental em relação ao corpo com câncer colorretal, que entendemos ser os padrões orientadores de cuidados em saúde,

cuidados em estomaterapia, cuidados interdisciplinares e cuidados específicos de enfermagem.

As narrativas de vida se encaixam perfeitamente no que Serres (2015, p.13) chama de fragmentos que envolvem o EU, narrativas **subjetivas; nas narrativas coletivas, todas narrativas objetivas e cognitivas.**

Nós estamos em frequentes relatos de nossas próprias narrativas e sempre somos obrigados a pensar quem sou eu, como estou e que faço neste mundo. As narrativas destes homens e mulheres tratam de um tempo do que faziam antes da doença e depois das mutilações íntimas de seus corpos. Eles buscam um novo espaço para se reerguerem, um novo sol a iluminar a escuridão e suas consequências.

São narrativas, que trazem um imaginário escondido, como sobreviventes de uma notícia – a doença – que chegou sem avisar. E que depois criam no corpo uma “cartografia do segredo”, sobre sua sexualidade, que eles escondem de dia e de noite, não conseguindo falar sobre ela, por que outros sintomas “cartografia clínica das consequências”, falam mais alto – flatos, fezes e odores que não conseguem mais controlar.

Essas narrativas segundo Serres (2015, p.13) falam de: “ um grupo que desaparece tragado ao longe pelo Horizonte; pessoas, exaltadas, entusiastas, desesperadas, vítimas de pesares ou de desprezo amorosos, enlouquecidos e frustrados, devedores, renegados, buscando esconder seu horrível segredo (perda do prazer de viver por um corpo que não encanta, que perde a sexualidade). De seus próximos, alguns adultos mais sábios e amadurecidos, jovens, mulheres e homens misturados em seus sofrimentos amorosos(....)”.

Eles desaparecem de uma vida “normal” para aparecerem em outra situação de viver. Muitas vezes rejeitados (as) pelos parceiros ou por eles mesmos, que não conseguem mais se relacionar ou sentirem seus odores, antes não sentidos e agora muito próximos: se umidificar com secreções que não controlam, e com as dores sentidas no local da cirurgia. Isso pode ser entendido no plano de nossas próprias reflexões quando SERRES (p.15) diz: “ nada mais cruel que a separação, nada permanece mais negra do esquecimento; nada, porém, evapora tão rápido das memórias.

Quanto mais dura a coisa, mais profunda a amnésia. Nós não lembramos do nosso nascimento, de nosso aleitamento, do parto que surgiu nossa irmã caçula? Temos memórias apenas para os menos graves dos dilaceramentos. Mas sofremos em virtude deles na proporção das profundezas em que os primeiros fazem adormecidos (.....) (SERRES,2015. p.45).

As questões que esta categoria nos mostra, nos obriga a entender que os processos de cartografar podem se tornarem PADRÕES a serem considerados nos diagnósticos e intervenções

de cuidados para estes clientes.

São questões que envolvem agenciamentos e subjetivações em relação com as políticas públicas, com o social e o cultural; através deles os corpos vão criando contornos de sua realidade pelos seus movimentos contínuo de criação “coletiva” para reinventar, resistir ao que se coloca como dado, definido.

Estes homens e mulheres estão vulneráveis em sua alteridade, condição para que eles deixem de ser objeto de imagens pré-estabelecidas. Essa vulnerabilidade é ricamente trabalhada por Rolnik (2016, p.12) quando diz: “esta vulnerabilidade do outro depende para sua sustentação de uma potência específica do sensível, cujo o exercício encontra-se recalcado na mencionada política da subjetividade do corpo pela cirurgia de câncer colorretal; subjetivação que tem sido mantido ativo em uma certa tradição filosófica poética que hoje, encontra plena comprovação na neurociência (...)”. Posição que tomamos de empréstimo quiçá usar em nossas intervenções de cuidar destes homens e mulheres, que ela chama de capacidades: “Cada um de nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade, uma CORTICAL e uma SUBCORTICAL.

A primeira corresponde à **PERCEPÇÃO**, que não permite apreender em suas forças e projetar sobre elas as representações de que dispomos. Esta capacidade que nos é mais familiar, pois é associada ao tempo, a história do sujeito e a linguagem. A segunda (SUBCORTICAL) está associada a **SENSAÇÃO**, que por conta de sua repressão, é mais desconhecida, nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nossos corpos (e, nos corpos de homens e mulheres) sob forma de sensações. O exercício dessa capacidade esta desvinculada da história do sujeito e da sua linguagem. Com ela o outro é uma presença que se integra a nossa textura sensível tornando-se assim, parte de nós mesmos (...)” (ROLNIK,2016, p.14).

Essas capacidades podem ser integradas com maior atenção ao nosso olhar “mais” sensível, quando cuidamos de nossos clientes nas situações, aqui descritas que envolvem saber **OLHAR e VER** cortical e subcortical. Apreender de suas narrativas percepções e sensações que possam ter escapado em nossos encontros.

O que está posto exigirá de nós e os outros, quem sabe, novos olhares perceptivos e sentidos como presença em nós, quando nos encontramos com eles. A tese aqui pretendida, nos coloca no caminho de iniciar treinamentos para saber VER, OLHAR, ESCUTAR o corpo. Olhar para captar neles signos e nos sinais e sintomas da doença, um olhar que deve ser construído com os clientes que estão com seus corpos recartografados em sua intimidade (ânus e vagina), que se encontram em sofrimento, diante da experiência traumática.

Essa categoria fala de uma identidade do corpo íntimo antes da cirurgia e de uma outra que se recria e é necessário “incorporar novos universos, a liberdade da hibridação a flexibilidade de experimentação e de improvisação para criar novos territórios e suas respectivas cartografias” (ROLNIK, 2016, p. 19).

Se estamos em busca de PADRÕES para orientar e acrescentar cuidados para estes clientes o que Rolnik (2016) in: Deleuze e Parnet (p.23), fala em sua nota de abertura sobre cartografia, “logo de cara”, e do padrão: “Encontro que é ACHAR e CAPTURAR, é ROUBAR, mas não há método para achar, só uma longa preparação. ROUBAR é o contrário de plágios, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla captura, o roubo é um duplo roubo, e é isto que faz, não algo mútuo, mas um bloco assimétrico, numa evolução paralela, sempre “fora” e “entre”.

Cartografar (o corpo depois da cirurgia) não é torná-lo estático, um mapa como na geografia. Para os autores é um desenho que acompanha e se farão mesmo tempo que os momentos da transformação da paisagem (do corpo). Fazem-se desmanchamentos da perda de sentido (do corpo de agora e do corpo de ontem) para criar e expressar novos afetos – PADRÃO AFETAR. Nossa tarefa como cartógrafos, que é antes de tudo, um antropófago é da língua para os afetos que pedem passagem do antropófago se espera que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que atento as linguagem que encontra (as narrativas\)) devore as que lhes parecem passivas para a composição das cartografias que se fazem necessárias (...)” (ROLNIK, 2006, p.23).

Assim o PADRÃO ENCONTRAR nos modos de viverem sua sexualidade, ao nos encontrar com eles devemos nos entranhar para neles captar, roubar o desenho de seus corpos e seus movimentos de transformação e de paisagens psicossociais, modo de encontrar sinais de necessidades de cuidados.

Ao estar com eles no tempo de recartografia de seus corpos – ao se desmancharem quando perdem sentido do corpo de antes e não encontra sentidos para o corpo de agora, poderemos estar ajudando a compreender essas situações que vivem e encontrar novos sentidos não somente para sua sexualidade, considerando a definição da OMS registrada anteriormente. Encontrar com eles e pensarem outras formas de expressão e assim viver num espaço de criação da expressão dos AFETOS, novos afetos também cartografados.

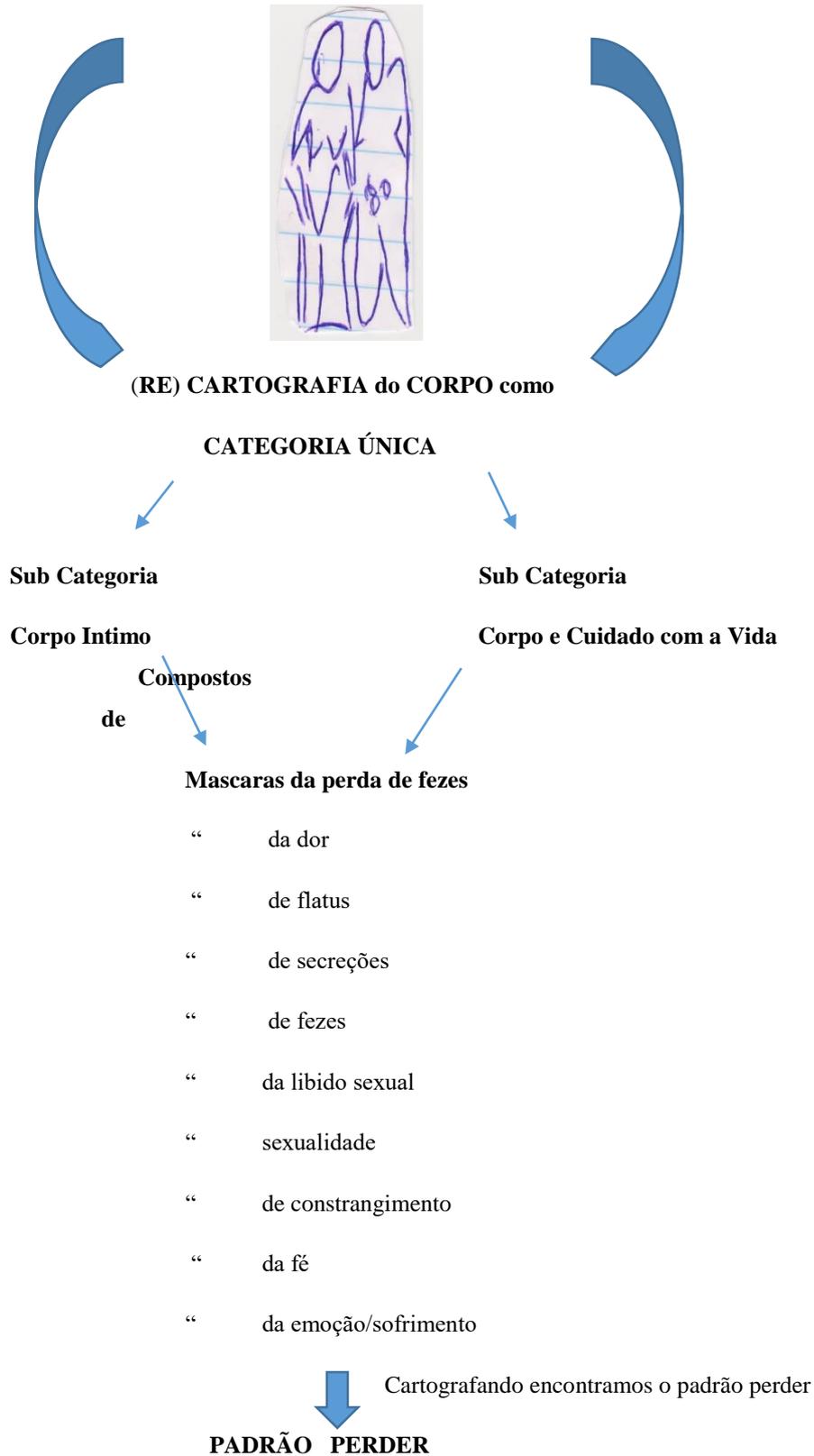
Finalmente o que move o cartógrafo é o DESEJO, que “segundo Deleuze (2012) “é um sistema de signos e significantes com os quais se produz fluxos de inconsciente no campo social. Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar em que aconteça, pequena familiar ou escolinha do bairro, que não coloque em cheque as estruturas estabelecidas. O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agradecimentos (...)”Tudo isso aqui colocado para compreensão

de que trata esta categoria e diz respeito ao corpo que se (re) cartografa em sua intimidade e nos espaços de viver, nos indicando que os PADRÕES neste processo que é do cartografo (nós enfermeiras-os), estão decodificados por KASTRUP e cols (2007,p.12), como: RASTREAR, POUSAR, TOCAR e COMPREENDER o que é esse corpo sem sentido e sem sexualidade.

A imagem geral desta categoria que conta com mais de 7.000 palavras portadoras de significados sobre ser operado de câncer colorretal, substantivos e afetos, decodificados em 1551 unidades de registro, no quadro geral.

Achamos importante mostrar os elementos que compõem as duas subcategorias mostrada na imagem 1:

Imagem 1: Recartografia do Corpo



A imagem do CORPO ÍNTIMO é o nosso maior desafio, ela nos obriga conhecer nossos clientes e a nós mesmos numa tentativa dolorosa de querer pensar o que ele sente, o que ele vive. Corpos impregnados pelo câncer, pelas colostomias sofridas, pela perda de sentidos depois da cirurgia: aqui Rolnik (2016, p.47) diz: “que é preciso cuidar da força geradora no encontro, sustentar essa força. Primeiro: quando cada um de nos, deixasse roçar pelo mundo; o quanto se abre para os encontros, afetando e se deixando afetar. Pode-se até afirmar que a própria natureza do corpo de cada um é dada pelos agenciamentos que faz: suas práticas afetivas, suas aventuras, seus riscos, seus amores, suas mortes”.

Vemos que o caminho para cuidar deles é pelo afeto, com seus significados. Esse pensamento, que é contaminado, também por Rolnik (2016,48), “se sustenta no que ela diz sobre o segundo encontro: que é o quanto cada um se permite falar por afeto, ou seja, habitar o espaço buscando matéria de expressão para afetar e expandir suas intensidades (por que pode ter grande abertura para afetar e ser afetado e, no entanto, estar prisioneiro de certas máscaras, já obsoletas (...))” e descobrir outros olhares sobre eles aumentou cada vez mais o desejo de repensar o que fazemos e da nossa imensa impotência em diminuir ou aliviar sofrimentos que envolvem perdas, transformações.

Às vezes percebemos neles e em nós um vazio de ações e palavras, por que parece impossível ampliar ou diminuir um caminho que não conhecemos, e que não sabemos caminhar. O caminho é deles e nós entramos nestes caminhos para uma viagem desconhecida que envolve vitórias e derrotas, sonhos e pesadelos.

Os movimentos constantes de “olhar para baixo” de se mexer na cadeira, querer saber, mas não perguntar, são movimentos desses homens e mulheres com o corpo íntimo, grampeado pela técnica cirúrgica e que nos suscita mergulhar nas situações deles naquilo que é mais racional, entrar no mundo das paixões pelo corpo e suas funções. Articulado com as forças da natureza que o constituem, seus universos individuais e coletivos e, por enquanto, nos obrigam a fazer um exercício mental para encontrar a liberdade de seus corpos: assumir a dor que o grampo provoca, como também o prazer.

Isso nos lembra Freud In: Gondar (1995, p.85) quando fala da temporalidade pulsional e descarta a reversibilidade, na situação do objeto perdido, do encontro com a pulsão que encontra uma satisfação parcial, mas nunca da mesma forma. É justamente essa diferença entre a satisfação encontrada e a esperada que funcionará como mola propulsora da vida psíquica. Existirá sempre uma procura que é de fato de outra coisa.

Quanto ao que é irreversível em relação a situação física e emocional desses clientes com

câncer colorretal após cirurgia, está dito:” (...) a diferença de quantidade entre o prazer a satisfação que é exigido e a que é realmente conseguida é que fornece os fatos impulsionados que não permite qualquer parada em nenhuma das posições alcançadas. O caminho para trás, que conduz a satisfação completa acha-se, via de regra obstruído pelas resistências que mantém as repressões, de maneira que não há alternativa, senão avançar na direção que o crescimento ainda se acha livre (...)” (GONDAR,1987,p.85).

Esta categoria mostrada na Imagem 1 é orientadora das discussões das **subcategorias** a seguir; **a primeira** definida como:

- Entre a dor e o constrangimento: o corpo íntimo fala da falta de controle de fezes, flatus, urina e odores e da própria falta de sentido.

Trata das narrativas do corpo íntimo, no seu aspecto mais físico e fisiológico que é a FALTA de controle das FEZES, da URINA e dos odores. Para melhor compreensão, destacamos fragmentos das unidades de registro, compostas das legendas verde e azul.

*Falas - Unidades Verde

Às vezes perco fezes, as vezes sinto vontade. O canal fica assim doendo. Sente aquela pressõezinha. Aí vou ao banheiro, faço. Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo e fica grudado na bunda. Às vezes acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, já me troquei né. Aí sinto um cheiro em mim, aí vou ver e eu estou suja entendeu. Fica grudado. Aí entro no chuveiro, tomo meu banho, tiro e pronto. Passo um talquinho. Às vezes vou 15 vezes ao banheiro quando tenho diarreia. (Entrevista 1: feminina, 63 anos, 16 anos pós cirurgia colorretal, 15 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Viver com tudo isso é terrível. (Entrevista 2: masculino, 61 anos, casado, 03 anos e 8 meses de pós cirurgia câncer colorretal, e 01 anos e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Agora estou começando a sentir, vontade de fazer cocô. Eu hoje sinto assim, vontade de ir no banheiro. Só que se eu não puder ir no banheiro daqui até em casa (mora perto de Petrópolis), eu não consigo segurar essa vontade. Aí sai e eu não sinto. Simplesmente quando chego em casa que vejo. É como se o ânus ficasse assim frouxo. Porque na cirurgia e depois o tempo da colostomia, ele vai fechando. Depois quando você vai fazer operação para fechar, eles fazem assim, alargamento do ânus (dilatação), só que eu acho assim, que alargou demais. O pum (flatus) sinto. Tipo assim, quando ele sai eu sinto assim aonde tirou o tumor, ele ficou com esta parte do ânus diferente. Tipo o ânus, agora ficou com uma “cavinha”. As fezes são pastosas, quando perde fica escondidinho nessa “cavidade”. Você sente que tem gases dentro e ele quer sair, aí quando sai é como se aliviasse. Sei quando vai sair, só não consigo controlar. Sai em qualquer lugar. Só que agora ele tá ficando um pouquinho mais controlado. (Entrevista 3: feminina, 54 anos, viúva, 07 anos e 8 meses pós cirurgia câncer colorretal, 02 anos pós fechamento do estoma intestinal)

...daí começou outro martírio na minha vida. Eu não conseguia segurar o coco, e até hoje tá difícil. O pum também. Além disso continuo passando a sonda pra fazer o xixi. De dia eu sinto a vontade de fazer coco e tenho que correr pro banheiro, senão perco na fralda. (Entrevista 4: masculino, 58 anos, casado, 05 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal, e 01 ano e 4 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu fiquei com incontinência urinária, eu uso fralda. Mas esse negócio de perder urina e passar sonda me incomoda também. Quanto ao coco, não consigo segurar. Chego a sentir vontade mas não consigo segurar. Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida. Não comi nada. Não vou comer nada. Só vou comer quando chegar em casa. Não vou nem beber água. Tomo uns 5 loperamida por dia. Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido. Agora se eu não tomar, sai tudo na fralda. Não dá pra segurar. Quando vejo estou toda suja. (Entrevista 5: feminina, 57 anos, união estável, 03 anos e 10 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal)

...as fezes não fica mais como era antes, não fica, já tentei, a gente fica muito limitado, já faz 15 anos de cirurgia. Isso me afetou muito. Eu não perco sem sentir, eu tenho aviso assim, só que não dá tempo, vontade só que não tem um seguimento digo, quando a gente tá normal sem cirurgia a gente tem uma hora, você tem um aviso antes, depois da cirurgia não. Eu não tenho nenhum controle nas minhas fezes. Eu sinto que os gazes me perseguem. Ai acontece que quando ele vai sair ele empurra aquele resto de coco, que suja. Às vezes eu consigo sentir a diferença entre os gazes e as fezes, as vezes não. Não consigo segurar. Você perde o reto, então o pum chega aí e sai sem sentir. Já teve vezes de eu ta assim conversando com as pessoas e sai os gazes e faz barulho, eu fico com uma vergonha. É uma vergonha danada. Mas isso não é sempre. (Entrevista 7: masculino, 76 anos, solteiro, 15 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

O problema de evacuação é de acordo com minha alimentação,... Às vezes dá vontade de ir ao banheiro mas dá pra você segurar, mas se estiver com uma diarreia você não consegue. O pum sai, as vezes sem querer. Às vezes solto pum e perco fezes também. Sinto aquela vontade de fazer o pum, sinto vontade também de fazer as fezes, as vezes dá para perceber as vezes não. (Entrevista 8: feminina, 65 anos, divorciada, 09 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 08 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Às vezes consigo segurar o pum as vezes não. Eu acostumei a botar sempre um protetor, mas não uso direto tem dia que to bem. Depende da minha alimentação. Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta né, mas em casa minha filha briga, ela acha que eu não quero segurar. Ela diz, "mas que vergonha". Agora o coco eles não notam não, porque o banheiro é perto da cozinha, eu vou lá e me lavo logo. Eu cuido pra ninguém sentir. Eu tomo cuidado, qd sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira. A minha filha reclama que eu fico batendo na porta e gritando pra ela sair logo. (Entrevista 9: feminina, 75 anos, viúva, 15 anos e 01 mês pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento pós estoma intestinal)

Depois que fechei, voltou a funcionar direitinho. Às vezes tenho diarreia, mas o médico disse que é normal, que mexeu com a flora. Varia muitas minhas fezes, a maior parte do tempo é líquida. Mas consigo chegar no banheiro direitinho. É tudo normal. Dá pra segurar direitinho. (Entrevista 10: masculino, 41 anos, casado, 08 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 06 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Depois da cirurgia (do fechamento do estoma intestinal) meu intestino voltou a funcionar normal. Mas eu tenho que controlar. Se eu sentir um negocinho, eu vou logo. Não pode sentir vontade né. Começou vai logo porque não segura. Já aconteceu acidentes no trabalho, mas trabalho sozinho, resolvi tudinho, deu tudo certo. (Entrevista 11: masculino, 55 anos, casado, 03 anos e 4 meses pós cirurgia colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu já cheguei de perder, quando tive diarreia umas 2-3 x, a gente vai ficando mais velho, e vai aprendendo, não pode ficar ralo, tem de ficar sempre grosso. Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar. E não pode ser duro demais se não sai. No começo eu fiquei sei lá, perdido, e tive que arrumar um jeito. O pum eu controlo, sinto vontade. Se comer pão, dá mais. Se for mais forte não consigo. Só usei fralda (absorvente) por causa da urina. A vida vai ensinando a coisas pra gente, se beber muita água, eu tenho que regular. Hoje se eu janto, eu tenho que regular a quantidade de água, pois se não faço na cama. (Entrevista 12: masculino, 72 anos, casado, 09 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

*Falas – Unidades Azuis

É porque eu tenho muita fé. É isso que me ergue. Tento me erguer. Não vou dizer que não sofro. Eu sou muito emotiva. Eu tenho fé em Deus que não vou morrer de câncer. (Entrevista 1: feminina, 63 anos, 16 anos pós cirurgia colorretal, 15 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Ainda tá muito sofrido lidar com tudo isso! Porque o que que acontece. Você tem certa expectativa e à medida que vai acontecendo, vai frustrando cada vez mais. (pausa, voz fica embargada, os olhos se enchem de lágrimas). (Entrevista 2: masculino, 61 anos, casado, 03 anos e 8 meses de pós cirurgia câncer colorretal, e 01 anos e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Mas você tem que dar Graças a Deus. É uma parte difícil de você ter que ficar se limpando. Hoje só vou a igreja, a lugar nenhum mais, mas a igreja eu não consigo deixar de ir. (Entrevista 3: feminina, 54 anos, viúva, 07 anos e 8 meses pós cirurgia câncer colorretal, 02 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Eu como mulher me sinto péssima. Péssima. Péssima. Eu me sinto muito péssima. Eu agradeço a Deus por estar viva, mas nessa parte eu me sinto pouco arrasada. (Entrevista 5: feminina, 57 anos, união estável, 03 anos e 10 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal)

Só vou a igreja. Eu não vou a igreja prestar conta aos homens, eu vou para adorar a Deus. (Entrevista 6: feminina, 56 anos, solteira (tem namorado a 27 anos), 03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Esta sub categoria fala de lembranças passadas e presentes, dos movimentos constante de seus corpos após a notícia do Câncer, da Cirurgia Colorretal. Notícias que MARCARAM suas vidas e seus modos de viver registradas como: PERDER, DOER, SILENCIAR, CONSTRANGER, TER FÉ, que são consideradas padrões indicadores de CUIDADO diversos. Como cartógrafos, esses recortes que compõem o total das narrativas guardadas no apêndice V deste estudo, após RASTREIO, encontramos a força de lembrança de um CORPO FISICO do passado e de um CORPO FISICO de agora, centrado na anatomia e dos sintomas decorrentes após cirurgia (fezes, flatus, urina, odores).

As narrativas sobre estes sintomas são tão fortes que temos a sensação em nossos corpos, como enfermeiras, do que eles estão sentindo. A emergência destes sintomas se torna EVENTOS CONSTRANGEDORES, DESAGRADÁVEIS que colocam em cheque as relações íntimas e sociais; o sentido das afinidades e dos afetos. Segundo Corbin (1987, p.179), nos fala dos hábitos e do compartilhamento mais comum que trata do grau de sensibilidade. Do sistema sensitivo e suas relações de balanceamento como sistemamuito influencia no caráter das impressões.

Para ele, o olfato por sua vez mantém “relações íntimas”, com numerosos órgãos a tal ponto que ele se impõe como o sentido das simpatias. Tem estreita relação com o paladar que se estabelece entre o nariz e o canal intestinal.

É provável que os clientes deste estudo estejam cheios de sensações individuais de odores advindo das fezes, dos flatos, da urina que se misturam durante suas relações íntimas com o parceiro (a) ou com o coletivo. Suas queixas centram-se nesses odores que os incomodam e que escondem um discurso silencioso sobre sua sexualidade concreta ou subjetiva, que aparece na DOR e seus canais de comunicação, vagina e ânus por estarem apertados, costurados. Podemos afirmar que esta categoria é impregnada de percepções sobre “ODORES das EXCRETAS” que liberam odores individuais de perspiração, reveladores da identidade profunda do EU. Repugnado como os fortes odores do povo (...) (CORBIN; 1987, p.184).

Melhor explicando o autor (p.184) nos diz: ” pode-se compreender a manutenção da ansiedade suscitado pelo excremento: a excreção abarca as classes dominantes. Produto irrefutável da fisiologia que o burguês se esforça para negar, a merda que por um retorno implacável, assombra o imaginário (...)”.

Existem narrativas a partir das repetições, é possível num sentimento de pulsão pelos odores resultantes dos sinais do corpo com câncer colorretal que aparecem no OLHAR e na VOZ dos clientes – homens e mulheres. Uma pulsão que aparece no tempo de operar, de tratar e se descobrir diferente em sua intimidade. Quanto a isso Freud interpretado por Gondar(1995, p.82),

nos diz: a pulsão é situada na fronteira entre o mental e o somático. Se ela é limite de ambos e possível articulá-los: tendo sua marca no registro corporal e seu objeto no registro psíquico.

A pulsão faz a passagem de forças do corpo ao universo do sentido. A teoria psicanalítica fala da pulsão sexual a partir sua fixação em representantes psíquicos, a ideia e o afeto, isto é, eles simplesmente representam a pulsão. Explicando como isso corre, ele diz que a pulsão “partiria da zona erógena (a fonte) movida por uma certa tensão interna e, visando a satisfação, dirigiria seus impulsos sobre determinados objetos (...)”.

Embora possamos nos apropriar deste modo de definição de pulsão, nossos clientes jamais entenderiam desse modo, por que falar deste tema, sexo, sexualidade, mesmo no século XXI ainda é velado, escondido, proibido, que está guardado no silêncio dos corpos mesmo soltando flatus, como algo muito constrangedor para eles. A pulsão está em suas falas, em suas resistências e nas lembranças de gostar, de afeto, de beijos, de beijar muito, num tempo de satisfação de viver suas vidas.

No meio dos sintomas surge o homem e a mulher em desorganização de seus corpos, se dizem dispostos a viver, a resistir para encontrar retornos e contornos de viver, devido o que podemos inferir que eles se descobrem assim eles passando por pulsão de vida e morte.

Falar que viver “não é mole” devido ao cansaço de estar sempre preocupado, sempre se limpando, sempre não cheirando. Na verdade, a maioria de seu sofrimento gira em torno do odor exalado pelas suas partes íntimas. Isto nos obriga a exercitar um olhar visível do corpo e o invisível escondido no corpo, no espaço muito íntimo. OLHAR é um padrão para intervenções de cuidado, quando na maioria das vezes vemos, mas não enxergamos com detalhe, com intensidade.

O mesmo acontece no ESCUTAR a dor de sentir o próprio odor desagradável do corpo. Odor que não atrai desejos de encontros mais íntimos, pelo contrário repelem e nós não temos formas ou estratégias de conversar sobre estas situações, claramente e com delicadeza para não magoar não, nem fazer sumir um corpo que tem odor desagradável. Talvez, se o odor fosse do corpo do sexo, as situações poderiam se mostrar diferentes.

Trazemos Oussoun (1999, p.89) para essa discussão, pois talvez não estejamos dando o merecido olhar para o corpo destes homens e mulheres e também estejamos ficando em silêncio em relação a eles. Não estamos olhando de forma a questões objetivas escondidas de sua sexualidade, e assim ele nos diz “também é imprescindível dizer, que os homens e mulheres deste estudo não pertencem a uma classe de poder, de conhecimento intelectual que fica a refletir sobre os seus problemas a partir de Freud. E, nem nós não sabemos como utilizar a voz para compreender o que eles nos dizem.

Os profissionais de saúde, em relação à sexualidade se tornam cegos ou indiferentes como não estão olhando, nos lembra que Oussoun (1999,p.15) citando o oráculo de Freud nos diz: “a interrupção desta função pela cegueira ou pela mudez/surdez, não parece recolocar em função esta representação que torna solidários o olhar e o olho, a voz e “sua laringe – embora nesta ocasião emerja a angustia, a qual precisa de um olhar mais intenso (surgindo da falência de seus suportes ópticos) ou um silêncio invasor, que cava o objeto ausente da voz(...)”.A psicanálise penetra na questão do olhar e da voz assumindo a angustia precisa de um olhar que se evadiria do olhar e de uma voz que escaparia de seu recinto, é preciso deixar falar aqui o sintoma (Oussoun,1999).

Olhar e ouvir suas permanentes informações que tomam banho, se lavam para ficar “limpinho” e compartilhar com uma dor também escondida. Uma dor do medo de sair de casa e não encontrar um banheiro próximo é também desencadeador de sofrimentos, é um novo modo de viver, quem sabe um desespero permanente de poder evacuar sem querer, quando está na rua, no tempo de viver, quem sabe muito longo.

Aqui pensamos no que diz Barat (1999, p.25) “a nossa vida temporal, a dor, nossos de desejos de ontem, de hoje e de amanhã, esvazia-se então de lado sentido. A nossa finitude real de homens e de mulheres não pode fazer sentido se não se significando, quer a eternidade do parceiro futuro, que ao advento radioso de uma nova história (...)”. É visível ouvir, escutar e sentir o cheiro de seus corpos através das narrativas. Estas sensações forte que temos descoberto em nós ao manipular e tentar discutir os dados. Descobrir uma ideologia corporal destes novos corpos e buscar caminhos para sermos parceiras deles, durante o cuidado, por encontrar uma liberdade que só eles podem encontrá-la.

Há liberdade também espiritual, quando buscam na fé a força para suportar o novo corpo, as dores e os odores. Na esperança de que Deus não os deixará morrer de câncer e quando choram ao falar de seus problemas; choro de esperança e de novamente afirmar de estar se limpando a toda hora e o lugar independente do odor é a igreja que vão, como se este espaço fosse a única força a lhe movimentar.

Barat (1999, p.31) diz: “a nossa humanidade reivindica este espaço carnal de liberdade. Nem corpo, nem espírito, mas ambos simultaneamente, não poderíamos ser o que somos se aceitássemos a tirania do espírito ou do corpo (...); em nome de uma ideologia ou de uma religião, constranger-nos a ser apenas um corpo ou a ser apenas um espírito, sem quebrar a nossa digna ambiguidade de seres de carne. ”

Os dados desta categoria têm muitos domínios de cuidar, que envolve observação, acompanhamento de lesões e suas recuperações; cuidado com a higiene, conhecimento sobre sinais

e sintomas, aquilo que vemos, o visível e o dito.

O que nós temos é uma habilidade científica e prática da linguagem do corpo e dos signos que se expressam, que na maioria das vezes não vemos e não ouvimos. Temos dito com frequência que nossa prática é competente, que é de qualidade e não é possível se ter dúvida da experiência das enfermeiras (os). Podemos sim afirmar que dominamos a discussão da doença, das práticas, das tecnologias, da racionalidade, mas não podemos afirmar sobre nossa competência e intervenção naquilo que não vemos, não ouvimos, não compreendemos.

Segunda Sub Categoria

***Entre o Cuidado e a Vida de todos os dias: o corpo fala dos controles no modo de viver – medo de comer, medo de sair, medo de perder.**

Essa categoria aborda a necessidade de o corpo SER cuidado por eles, da organização da casa e a família, do trabalho, das adaptações do cuidado com a alimentação. A seguir colocaremos falas de como se readaptam a cuidar deste corpo que sobreviveu as sequelas de todo um tratamento para extirpar, curar o câncer. E viver com ele, mesmo que internamente transformado, mas externamente transparece normal:

Depois que tirei a colostomia é que comecei a ter problema de diarreia. Ficava muito triste com tudo. Foi quando comecei a ter problemas de comer as coisas que me faziam mal. E por isso que eu comecei a sentir o que não podia comer e aí eu parei. Tirei fora. Tudo que tem semente evito e folha que gosto mas evito comer. (Entrevista 1: feminina, 63 anos, 16 anos pós cirurgia colorretal, 15 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Às vezes eu uso usa fralda. É quando eu estou com diarreia. Também uso quando fico cansada de levantar. Independente de perder fezes e gases, tô nem aí quando tenho que soltar um pum. Vou fazer o que? Você acha que estou fazendo porque quero. Puxa vida. Deus me deu essa cruz para eu carregar, então tenho que saber carregar. As pessoas que sabem não ligam. Eu uso sempre saia longa porque se perder coco e escorrer pelas pernas, ninguém fica vendo. Eu conheço todos os lugares que tem banheiro em Copacabana que eu possa usar, que é assim limpinho. Também no centro do Rio. Eu sempre sondo onde fica o banheiro nos lugares que vou, pro caso de uma emergência. (Entrevista 1: feminina, 63 anos, casada, 16 anos pós cirurgia colorretal, 15 anos pós fechamento do estoma intestinal)

Para vir para o Inca, eu tenho que vir em jejum. Porque se comer alguma coisa é terrível. Já tem que botar fralda, sair de fralda. Toda vez que saio, se comer alguma coisa mancha. Eu tô aqui falando com você, mas tô com absorvente e fralda. O pum também. Às vezes sim, as vezes não, solto sem sentir. Hoje estou de absorvente, fralda, cueca e tipo um rolinho de papel higiênico que coloco na saída do ânus para tentar segurar e não sair com tanta facilidade, e estou sem comer. (Entrevista 2: masculino, 61 anos, casado, 03 anos e 8 meses de pós cirurgia câncer colorretal, e 01 anos e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu tô comendo muita farofa. Farofa, farofa. Eu já deixo minha farofa pronta. Porque agora eu chupo uma laranja, mas não como mais nada que solte o intestino. Hoje, tipo assim, pra sair, pra viajar, pra sair pra todos os lugares, eu prefiro mais ficar em casa. Até pra ir no banheiro da casa dos outros é problema. Porque eu gasto um rolo de papel higiênico por dia. (Entrevista 3: feminina, 54 anos, viúva, 07 anos e 8 meses pós cirurgia câncer colorretal, 02 anos pós fechamento do estoma intestinal))

Uso fralda. Eu compro fralda e corto em quatro pedaços pra economizar. De noite quando durmo, não consigo segurar nada. Às vezes fico com essa parte (perianal) assada (dermatite). A senhora já deu até uns remedinhos pra tratar disso. É, não é fácil. Eu tomo Loperamida, que o médico mandou, com isso dá assim pra segurar um pouco, pois firma mais as fezes. (Entrevista 4: masculino, 58 anos, casado, 05 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal, e 01 ano e 4 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Não como de tudo. Não como mais chocolate, evito tomar leite, muitas coisas, calabresa. Tudo que desanda o intestino. Mamão, laranja, suco de laranja. Se não o que vai ser de mim. (Voz embarga). Eu vivo assim machucada. Se comer pizza, só posso comer um pedacinho, nunca mais comi camarão. Porque senão eu sinto muito cólicas no intestino. Eu vou muito igreja. Mas tem dias que me arrumo toda, e fico desanimada. Penso que a fralda vai encher de xixi, que vou sentir vontade de fazer coco. Aí fico com medo e ficar suja aí não vou, prefiro ficar em casa. Até me arrumo, mas quando penso assim, até porque eu tenho que sair e levar fralda, eu tenho que sair e levar sonda. Entendeu. Não saio longe. Eu faço aula de canto. Faço aula de canto particular, 1x semana. Às terças faço hidro, agora que tá muito frio não tô indo. Mas pra ir eu não janto no dia anterior, só como até o meio dia e passo sonda de manhã e tomo 5 comprimidos (loperamida). E vou. Daí a aula é de manhã e dura 1h. Você tem que aprender a se conhecer. Eu como assim um cream cracker, um suco bem forte. Eu gosto muito de tomar graviola, graviola assim me alimenta muito. Eu fico assim umas 6hs sem me alimentar quando tomo o suco. Eu descobri isso lendo. Eu gosto muito de ler. (Entrevista 5: feminina, 57 anos, união estável, 03 anos e 10 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal)

Eu tenho que sair amanhã, eu hoje já não janto, eu deixo de jantar, pra não ficar fazendo tanto fezes. Porque se eu jantar a noite, de manhã já vou ao banheiro. A nutricionista falou pra mim não substituir um lanche

por uma refeição. Mas pra sair eu evito. Eu uso fralda direto. Porque eu solto gazes e sai as fezes junto. Eu sinto vontade de soltar os gazes, mas não percebo as fezes sair junto. Bem, soltei os gazes, me sujei vou ao banheiro, uso o chuveirinho, me troco e fico limpinha. (Entrevista 6: feminina, 56 anos, solteira (tem namorado a 27 anos), 03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu não posso fazer uma viagem longa, não posso ir em passeio, não posso aceitar convites, coisas assim, e comer na casa dos outros. Porque já tem que estar sempre num ambiente assim que não passe constrangimento, enfim é isso. Até para ir na casa da minha irmã, evito de ir, porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem jeito, você pode perder fezes, lá não como nada, não tomo nem água. Vai que me dá vontade de ir no banheiro, e não para de sair fezes. Agora no momento estou forrando, mas com papel toalha. Assim por precaução. Eu sinto vontade, não dá vontade de chegar no banheiro. Eu prefiro não usar fralda. Eu acho mais incomodo, faz mais sujeira. Sujo a cueca. Já perdi muitas vezes. Porque se você sentisse vontade e fosse no banheiro e saísse tudo de uma vez seria ótimo, mas não sai. Vai saindo aos pouquinhos. Vai saindo por prestação. Vai lá sai um pouquinho, vai lá e sai um pouquinho. (Entrevista 7: masculino, 76 anos, solteiro, 15 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Quando saio uso fralda. De repente não sei o que vou comer. Se eu tiver com diarreia, com as fezes mais líquidas, para não passar nenhuma situação de constrangimento eu uso. Prefiro ficar perdendo coco, do que se tivesse que ficar com colostomia. Faço todo dia, só vou perder, conforme minha alimentação. Mas se comer assim alguma coisa diferente, com mais gordura, um pudim, eu sei que vou ter diarreia. Eu já me conheço. Eu saio vou a igreja, participo das festinhas lá. Sou a doceira. Mas quando saio, vou numa festa, eu controlo o que como. (Entrevista 8: feminina, 65 anos, divorciada, 09 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 08 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Eu hoje saio preparada com fralda, é muito difícil conseguir segurar, se for diarreia então, não sinto sair. Eu já fui no mercado e fiquei toda suja. Eu não tomo leite mais, não tomo café com leite, acabaram comigo. Minhas fezes são sólidas e também líquidas, eu não posso comer grão de feijão. Eu vou na igreja, mas me preparo direitinho, se vejo que não to bem eu não vou. (Entrevista 9: feminina, 75 anos, viúva, 15 anos e 01 mês pós cirurgia câncer colorretal e, 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Controlo minha alimentação. Eu gosto muito de salada. Salada eu gosto muito uso azeite, eu não posso comer muito, por que ela solta um pouquinho. Então só como no almoço e fico depois 3- 4 dias sem comer. (Entrevista 11: masculino, 55 anos, casado, 03 anos e 4 meses pós cirurgia colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Geralmente eu tenho meu jeito, eu uso o chuveiro, eu toda noite tenho assim, que fazer uma lavagem, não introduzo o aparelho dentro, só encosto, só entra a água. (Entrevista 12: masculino, 72 anos, casado, 09 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Não como nada de frituras, nada de cru, nada de folhas foi a nutricionista que falou, nada de enlatado. (Entrevista 13: masculino, 57 anos, casado, 02 anos e 9 meses pós cirurgia câncer colorretal e, 4 meses pós fechamento do estoma intestinal)

Não posso extrapolar certas coisas. Tipo assim, normalmente estou bem, hoje estou bem. Eu sei quando vou ter esse problema de diarreia. Quando como gordura animal e abacate. Eu não tenho incontinência. Tenho incontinência só quando como alguma coisa que não devo. Eu me conheço, eu conheço meu organismo. Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. Antes disso, de conseguir controlar, eu andava com a fralda na bolsa, eu não sabia porque passava mal. Só usava quando tinha diarreia. Não sentia. Me sentia constrangido. Se sentisse que apertava eu usava. Desde que operei. Não uso mais sunga, cueca. Só uso essas cuecas de praia, porque é assim mais grossa e retém a água. Não deixa passar nada, se por acaso eu perder alguma coisa. E precaução. Ela retém as fezes, por mais que seja líquido, não passa pra calça, não constrangimento. (Entrevista 14: masculino, 71 anos, união estável, 04 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal)

A questão da oralidade para Teixeira e Figueiredo (2001, p.98-99) é forte no sujeito em educação em saúde. A questão é saber conviver com essa tensão, abrir a boca no momento oportuno, conviver com prazer e o desprazer. Como os autores lembram, esse aspecto nos lembra, mais uma vez, que as reações corporais, mesmo de bases fisiológica, não se desvinculam da subjetividade. A alimentação não se restringe apenas à nutrição do corpo, envolve um jogo cultural, afetivo e social com o alimento.

Saber conviver com este novo corpo internamente modificado, implica em renúncias ao que gostava de comer, das atividades de lazer e do dia a dia. Mas esta renúncia, contudo, é acompanhada da satisfação de estar vivo.

Para Stedeford (1986, p.82), uma doença grave ou um acidente do qual se “escapou por um triz” traz a realidade da morte mais perto ainda. Todos esses acontecimentos podem provocar uma ansiedade intolerável e a lembrança deles pode ser reprimida tão eficazmente quanto permitem os mecanismos de defesa da pessoa; ou pode ser enfrentada e elaborada. Embora este processo seja muito “estressante”, o resultado poder ser uma mudança de ponto de vista ou de valores, o que é muito salutar. O agradecimento por estar vivo, unindo-se à aceitação de que o

futuro é incerto, faz com que algumas pessoas aceitem o cotidiano como ele é, sem preocupar-se indevidamente com o que o amanhã pode trazer. Uma das razões é que ele enfrentou sua própria morte e perdeu alguns de seus medos (STEDEFORD, 1986, pag.82).

Podemos observar nas falas, a necessidade dos clientes, sentirem-se normal, mesmo diante de todas as imposições da doença-câncer e das consequências em decorrência da cirurgia. Para Canguilhem (2010, p.11) a doença difere da saúde, o patológico do normal, como uma qualidade difere de outra, quer pela presença ou ausência de um princípio definido, quer pela reestruturação da totalidade orgânica, o autor pontua que é preciso, portanto, em qualquer interpretação de sintomas patológicos, levar em consideração o aspecto negativo e o aspecto positivo. A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação.

Como estes clientes passam por todo um processo de tratamento que inclui a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia, que faz com que tenham que suportar todas as sequelas impostas pelo tratamento e estar hoje apenas em acompanhamento, faz com que se sintam vencedores de uma longa corrida para a vida.

Para Stedeford (1986, p.82) a aceitação é um processo gradual e é apenas com o crescente reconhecimento da certeza da morte que começa a crise. Se isto ocorre repentinamente, quer devido a um acidente ou uma doença grave, ou porque as defesas psicológicas não deixavam perceber o significado de uma doença que progredia lentamente, a primeira reação é de choque.

O caminho desde este choque inicial até a total aceitação pode ter muitos atalhos e possíveis desvios e de qualquer modo todos chegam ao final. Geralmente o estágio de choque se transforma logo em negação. Negar algo com veemência é, por si só, uma indicação da consciência de que poderia ser verdade da necessidade de se defender contra esse algo. São raras as ocasiões em que isto é totalmente aceitável (STEDEFORD;1986, pag.82).

Esses homens e mulheres que aprendem a se reconhecer com novo corpo, que impõe viver novas situações e o que fazer nelas. É um processo de cuidado que demanda um ajustamento gradual ao tempo para se empoderar, se reconhecer e aceitar.

A aceitação não é o mesmo que a resignação. É uma avaliação realística da situação clínica, conforme esta muda, com a determinação de se ajustar da maneira mais adequada possível (STEDEFORD;1986, pag.86).

Já para Lowen (1983, p.71) a energia da vida é usada para crescer, se reproduzir, reagir a excitações e emoções. Está presente em todo o reino animal, organismos em movimentação direcionados para o preenchimento de necessidades e de auto expressão, o que leva à criatividade que é vivenciada como prazer.

A energia se move para dentro de um organismo na forma de comida, ar ou estímulo excitante. É descarregada na forma de movimento ou outras atividades corporais. Entrada e saída são sempre equilibradas se considerarmos crescimento como aspecto da atividade corporal. Se a entrada de energia for diminuída, a saída de energia se reduz. Mas também é verdade que se a saída for diminuída a entrada se reduzirá, espontaneamente. A saída de energia é motivada pela busca do prazer. Toda atividade do organismo objetiva o prazer imediato ou futuro (LOWEN;1983, p.71).

De forma que, conforme Canguilhem (2010, p.151) para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado de organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida. Mas o preço dessa normalidade é a renúncia a qualquer normatividade eventual.

Canguilhem (2010, p.135) pontua que a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para certos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerando sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. Mesmo lidando com as disfunções fecais pós cirurgia ou pós o fechamento do estoma intestinal, para os clientes ainda é melhor do que ter que lidar com a bolsa de colostomia e o cuidado que ela impõe. Essas reações aparentemente equivalente às reações normais anteriores não são resíduos do comportamento normal anterior, não são o resultado de uma redução ou de uma diminuição, não são aspecto normal da vida menos alguma coisa que foi destruída, são reações que jamais se apresentam no indivíduo normal sob a mesma forma e nas mesmas condições (CANGUILHEM;2010, p. 137).

Aqui tratamos de um corpo que fica em permanente tensão, sempre acreditando que o alimento pode estar prejudicando sua vida porque pode evacuar, soltar flatus. E a tentativa de controlar reações corporais que estão dentro dele. Agora eliminar, sentir dor, sentir odor é o normal agora que eles têm dificuldade de assumir como tal um corpo que só aparece na intimidade que eles silenciam. Que só é expressado quando alguém pergunta. O corpo continua sendo limpo, mas continua sujo, o corpo íntimo de mulheres e homens que usam fraldas, absorventes para se manterem limpos e secos.

Isso nos lembra Vigarello (1996, p.87) quando ele diz, que: o íntimo ganhou um lugar que não tinha. A troca da camisa após a transpiração, por exemplo pode continuar sendo um gesto entre “si e si mesmo”. Trata-se de um ato sem testemunhas, ligado à sensibilidade particular. O essencial é o que sente o autor. A norma criou esses espaços. Ela regrou com uma exigência cada vez maior. Mas, ao mesmo tempo, roupas de baixo e rendas tornam a limpeza um equivalente espetáculo.

O corpo desses homens e mulheres é um corpo mutilado que se reorganiza, recartografa não só na roupa, no modo e sentir o corpo, mas de si mostrar como corpo e nesse modo de agir, mantém seus desejos e suas práticas veladas, silenciosas. São homens e mulheres (das duas categorias) que clamam por uma outra clínica que pode ser muito perturbadora para ele e para os profissionais. Uma clínica que só eles podem construir e nos ensinar como é? Se queremos assumir que é possível intervir para ajudá-los. É preciso saber que iremos mexer com sensações, afetos e fantasias que nos ameaçam e a eles também.

Aqui refletimos como COMBATER um padrão que surge os seus medos de não comer para não evacuar, para não feder, para ser amada ou de deixar de ser quando a relação acaba.

Por outro lado, eles nos mostram como esse combate ao medo pode ser desafiador, tentador, e de difícil abordagem. Como se misturar com eles para adquirir sua confiança e ultrapassar o que é o cuidado com o seu corpo exposto que pode ser visto, por nos é um caminho a ser reaberto no plano do cuidado, PADRÃO MISTURAR. Aliás esta tese clama por perda de limites, de atravessamento de seus espaços, mas nunca se deixa confundir com aquele que cuidamos, aliás é ele que indicará suas demandas de ajuda. A questão da sexualidade surge como produção de subjetividades, que nem eles percebem, mas demonstram que sentem através de signos que nos estimulam sensações a perceber.

Como enfermeiras (os) nos propusemos iluminar estas questões subjetivadas em nós através de impulsos mais interno do que externo, pois também silenciemos nossa própria sexualidade. Somos tão contidos em nossos corpos e, como “afrouxar” o corpo de nossos clientes. Esta é uma questão que nos impede de caminhar, aproximar, calar, falar. No corpo que se encolhe, na lágrima que rola, no riso sem graça, nas mãos que não param de se movimentar, nas frases entrecortadas, no excesso permanente de limpar o corpo, está a presença e o cheiro da sexualidade escondida que não ouvimos, mas descobrimos nos gestos e nos signos dos homens e mulheres.

Aqui é possível pensar o que REIS (2004, p.25) nos diz:(...)” :

o olhar voltado para esses trocados paradoxais, percebemos que a produção de subjetividade moderna se sustenta em duas direções aparentemente opostas: o racionalismo iluminista e o romantismo, que tem por fim lançar luzes razão sobre a realidade para clarear e controlar não só os movimentos de mundo natural, como também os impulsos da natureza interna do Homem(...).”

Mantém-se assim, padrão OLHAR para construir estratégias de mediações entre nós e eles. É preciso que aprendamos a “olhar e ver”, que eles estão em um determinado contexto – câncer colorretal no século XXI, era de novos formatos sociais. Era de novas forças de ação na qual eles/elas devem se circunscrever, de criar um olhar para perceber, época de invenções de inovação tecnológica.

Parece que o que pensamos sobre inovações que se inserem num mundo mais subjetivo, mais emocional, mais espiritual e como afirma GONDAR (1995,p.26) (...)”todavia outras formas de percepção de expressão e, porque não pensar de racionalidade, mantiveram-se vivas e permanecem atuantes, como agulhões e como redes, nas quais se tecem descobertas e intervenções, O próprio desenvolvimento da ciência brota de um impulso de exploração de novos territórios geográfico-existenciais (...), nos diríamos o espaço do hospital, ambulatórios e enfermarias, o espaço do trabalho e o espaço da casa à família.

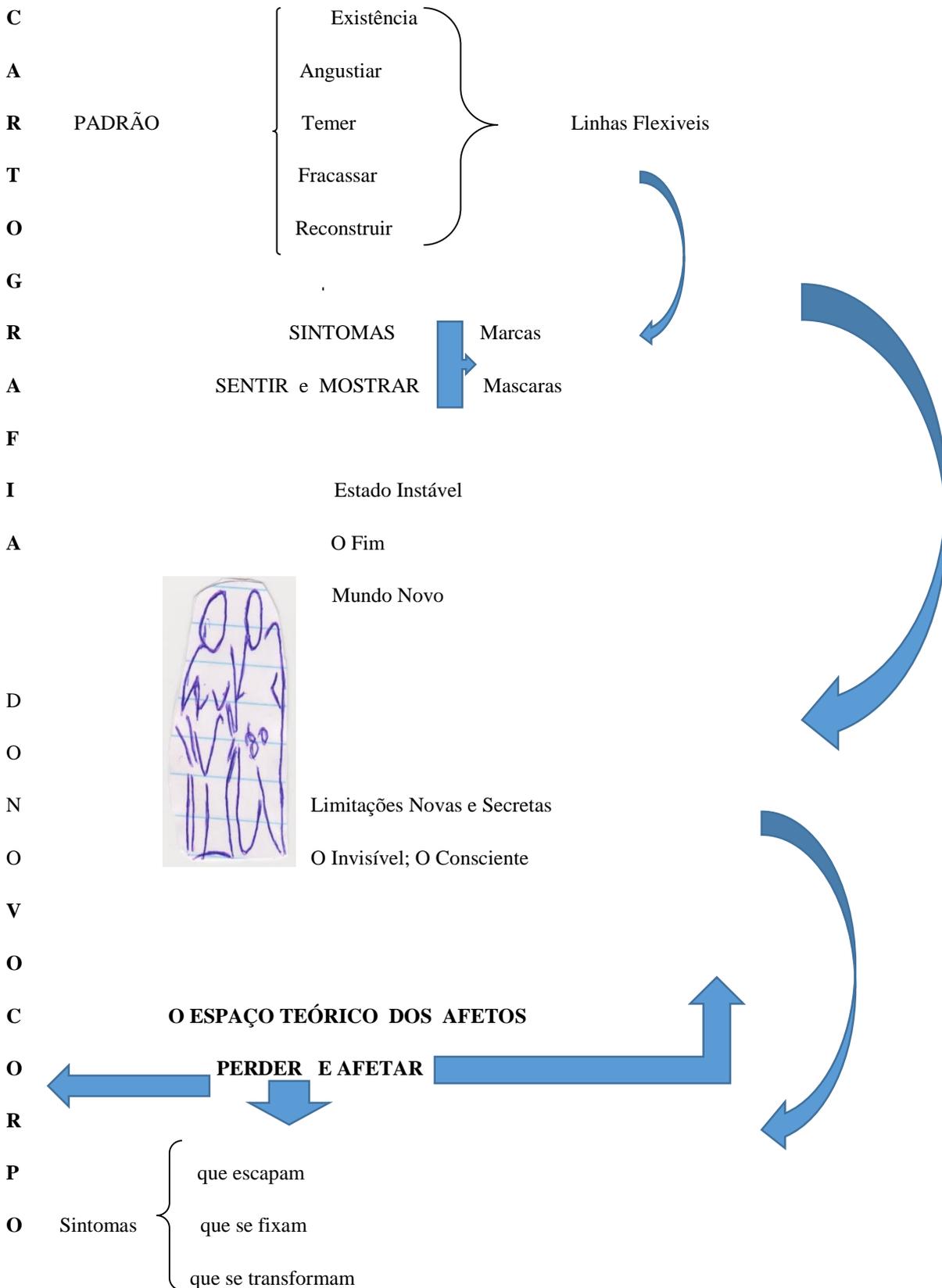
(Re) cartografar o corpo por dentro é nos indicar que o rastreio se inicia em sua psicologia, sua alma sem espírito, criar uma linha de afeto e do aparelho visual auditivo para ver o invisível, o inconsciente. Segundo Rolnik (2007, p.49) “os afetos mais do que linha, é um fluxo que nasce “entre” os corpos: ora veloz, apressada, elétrica, ora lenta e lânguido (sua longitude); ora exuberante, viscosa, brilhante, cansada e esmaecida; ora desenvolta, enérgica, ora tímido e vacilante, ora fogaosa incandescente, ora apagada e fria, ora revolta, trepidante, turbulenta, convulsiva, acidentada, ora estável, compassada, homogênea, lisa, mansa e até monótona (...)”. Assim criar uma clínica tantos e repensar em novos cuidados e fluídos que ocupem espaços, preencham brechas, que escavam para dar lugar a novas ações.

Encontrar cuidados para ajudar estes clientes, implica encontrar “novas atrações” que pode ter diversas “repulsas” nas quais o afeto e desafeto são motores de um corpo vibrante, que se expressa, que está num e em seu território. Afetos terapêuticos nos encontros das visitas, afetos nas conversas, e traçar “linhas de fuga” para nós e para eles, não para fugir, mas para rastrear melhor esses afetos de seus corpos e retornar com devir de enfermeira (os) e clientes nos vários processos de cuidar e ajudar. Devir novas sexualidades, devir dor e prazer é o retorno da linha de fuga, que Deleuze (2012) o define como “linha de fuga, não significa fugir para sair da situação

que nos agride e que não conseguimos reagir; isso é uma fuga covarde; a linha de fuga é um afastamento temporário de uma situação para se organizar, compreendê-la e voltar para enfrentá-la”.

A nossa relação com eles nos obriga PERCEBER e ter SENSACÃO acerca deles, parece que é o que faz sentido quando estamos cuidando deles para nos sentir família deles e de dar alívio. É preciso, estar na cena para que eles possam acreditar em nós. A imagem indutora de pensar de nossos encontros com eles pode conter lascas de padrões a serem consideradas nos momentos do diagnóstico. Assim, acreditamos que a segunda imagem pode mostrar como encontramos os padrões.

Imagem 2: Cartografia do Novo Corpo



Fonte: Schwartz, Figueiredo, 2016.

A proposta é de dar voz e ação aos afetos – padrão AFETAR, a ser incluído e considerado nos cuidados, pois olhando para eles é possível sentir que existe sempre “angústia pairando no ar”, quando não querem morrer, quando querem de volta a vida e o corpo anterior, quando não querem comer, quando não transam mais, sentimentos carregados de medo, como o padrão PERDER.

O desafio é o de compreender o medo e a angústia a partir de outras fundamentações teóricas que nos ajudem a compreender o que Rolnik (2007, p.51) chama de “lasca que se desprende das máscaras (que se esconde a sexualidade de seus corpos) vigentes, causando nelas pequenas fissuras, microrachaduras pessoais ou coletivas. Lascas de medo desmanchados e, ao mesmo tempo passíveis, de se comporem com outras lascas, investidas e agenciadas por partículas soltas de afeto, gerando novas máscaras, mundos novos, mutações secretas (...)”. Se eles sofrem tantas limitações é preciso assumir cuidados de ações.

As considerações começam a se contornar, criar contornos no permanente surgimento de padrões que estão para além do desejo físico. A esta altura é imprescindível trazer DOENGES et al (2011, p.347) para falar do PADRÃO de SEXUALIDADE ineficaz – função sexual classe (00065) que estão assim organizadas no esquema 1 feito por nós.

A busca por esta fundamentação foi imprescindível para este estudo pois é um conhecimento reificado pela enfermagem para diagnóstico e intervenções, sobre necessidades de cuidados na perspectiva da sexualidade, considerando sobre fatores relacionais que destacamos a seguir:

Esquema 1: Padrão de Sexualidade Ineficaz

DEFINIÇÃO: Expressões de preocupação, quanto a própria sexualidade

FATORES RELACIONAIS

- *Deficit de habilidades/conhecimento acerca das respostas, alternativas as transições relativas a saúde, a alteração de função ou estrutura corporal;
- *Falta de privacidade;
- *Déficit relacionamento familiar;
- *Inexistência de outros familiares ou pessoas significativas;
- *Modelos de papéis ineficazes;
- *Conflitos de orientação sexual;
- *Preferencias variantes;
- *Medo de engravidar;
- *Medo de adquirir DST;

Fonte: DOENGENS; MOORHOUSE; MURR. 2011. p.324.

Quadro 19 : **Padrões de Enfermagem**

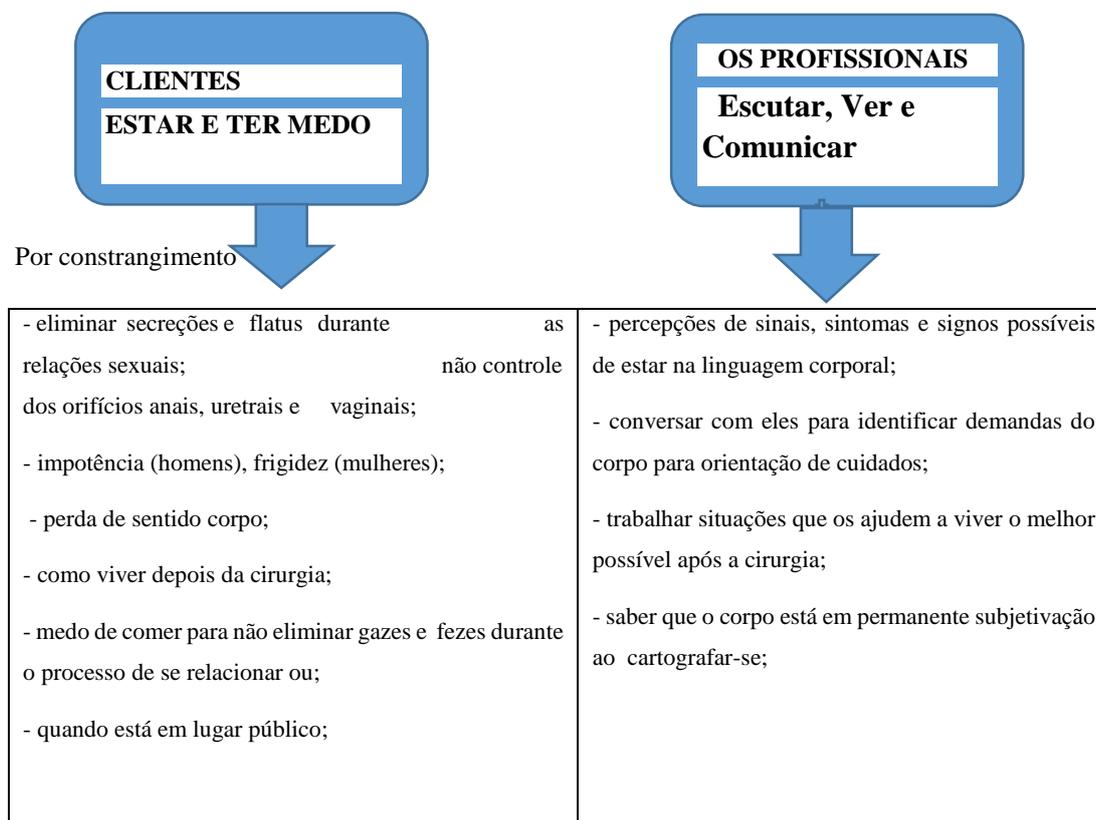
Avaliar	Ajudar	Promover
Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3
<ul style="list-style-type: none"> - obter história sexual; - determinar importância do sexo; - determinar valores culturais; - avaliar fatores de stress do ambiente; - explorar conhecimento sobre efeito da função corporal; - rever história de uso abusivo de drogas; - explorar as preocupações e os medos associados a sexualidade (gravidez, DST, desempenho sexual); - determinar a interpretação do cliente para atividade ou comportamento sexual; - controlar alívio da ansiedade, prazer, falta de companheiro; - avaliar questões relativas ao ciclo da vida; - evitar juízo de valor para ajudar o cliente; 	<ul style="list-style-type: none"> - ajudar o cliente e a família com a situação; - gerar discussões sobre problemas sexuais; - fornecer informações; - dar sugestões; - identificar formas alternativas de expressão sexual ; - conversar sobre maneiras de lidar com os dispositivos individuais; - fornecer orientações antecipadas quanto a perdas esperadas; - apresentar o cliente a outras pessoas; 	<ul style="list-style-type: none"> - fornecer informações; - estabelecer diálogo; - conversar sobre eficácia dos anticoncepcionais; - trabalhar imagem corporal; - encaminhar para recursos comunitários; - encaminhar para psicoterapia individual/casal/grupo e ou sexual ; - avaliar/consultar disfunção sexual/imagem/ auto estima;

Fonte: DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice. Diagnósticos de Enfermagem. Intervenções, Prioridades, Fundamentos. 12ª edição. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2011.

Os padrões – Avaliar, Ajudar, Promover, estão descritos de modo geral para aquilo que a autora chama de Expressões de Preocupação, quanto a própria sexualidade. No entanto as orientações são gerais, se misturando com Gravidez e DST, isto é, a sexualidade está ligada a estas duas situações que envolvem prevenção de gravidez e de outros adoecimentos.

No caso específico do estudo as expressões de preocupações ligadas a SEXUALIDADE dos homens e mulheres com cirurgia colorretal foram indicadas nos padrões produzidos por eles (os clientes deste estudo) que tem núcleo principal indutor que é o CORPO que sofre, física e emocionalmente por que foi transformado, recartografado cujas prioridades destacadas deles foram:

Esquema 2: Prioridades de clientes e profissionais:



Fonte: Schwartz, Figueiredo, 2016

Prioridades: ESCUTAR/OUVIR/VER/COMUNICAR os SIGNOS do CORPO

Para quando se ENCONTRAR com eles, RASTREAR:

- *Afetos e desafetos;
- *Dor física e emocional;
- *Linguagem de silêncio;
- *Linguagem de sofrimento;
- *Linguagem de constrangimento;
- *Linguagem de vergonha;
- *Linguagem de sofrimento espiritual;
- *Linguagem de necessidades e desejos;
- *Linguagem de perdas;

Depois de qualquer LEITURA de linguagem corporal ou de informações do cliente, um Diagnóstico Clínico de Enfermagem só será realizado quando a enfermeira POUSAR, TOCAR e COMPREENDER o que viu, o que sentiu e o que escutou. Assim nesta categoria e subcategorias o nosso exercício teórico-clínico foi de fortalecer e anexar aos padrões orientadores que existem, aqueles que exigem de nós uma compreensão da importância da sexualidade e suas perspectivas subjetivas, psicanalíticas e espirituais que nos ajudem a pensar planos líquidos, flexíveis para intervenção do que eles nos solicitam.

Essa solicitação exige dos profissionais a possibilidade de se afetar com eles que não é da ordem física, biológica, exclusivamente; mas de profissionais com conhecimentos avançados, como filosofia, subjetividade, criatividade, capazes de imaginar, sonhar, compreender, perceber e SENTIR sensações, para capturar o incapturável e como diz Rolnik (2007, p.51):

Capazes de se desmanchar, desconstruir daquilo que lhes foi informado como certo, como ideal e possibilitar a expressão dos afetos possíveis de se comporem em outras lascas, que podem ser investidas por partículas soltas de afeto, para gerar novos modos de cuidar deles.

A categoria principal está emaranhada nas duas sub categorias que mostram o desenho do corpo, de seus sofrimentos e dos modos de viver, no qual seus corpos são territórios mínimos que pertencem unicamente a eles (que gera afetos, que marca territórios, que foge para outros territórios, que criam linhas de fugas, que simulam movimentos e agenciam seus próprios movimentos).

A operacionalização da compreensão dessas demandas por eles foi fácil quando sabemos que não aprendemos isso, não sabemos o que é isso, não nos vemos como personagens de nossas intervenções de estratégias que extrapole os sinais e sintomas, as práticas, as técnicas e as tecnologias.

Ao encontrar este corpo íntimo como construção do corpo de antes, que traz no seu viver lascas de políticas, lascas de afetos, lascas de economia, lascas de intimidade exige saber qual “o grau de intimidade de cada personagem: homens e mulheres com câncer colorretal e as implicações após cirurgia) se permite, a cada momento, com o caráter, finito ilimitado da condição humana desejante e seus três medos (ROLNIK,2008. p.55):

- Ontológico de morrer;
- Existencial de fracasso;
- E psicológico de enlouquecer;

Ao finalizar esta sub categoria temos a crença de que nós profissionais de saúde, principalmente enfermagem crie estratégias diversas, mesmo sabendo que elas são frágeis, não dão conta dos problemas humanos.

Segundo Rolnik (2016, p.55) “ a estratégia gera um só modo de existência: universo singulares criam-se com cada estratégia, quando adotada por uma existência ou outra (sejam de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade). Diferentes destinos, dramas, cenários, estilos... “ Aqui reside toda a riqueza do desejo, toda a sua generosa fartura). É um outro olhar para nos cartógrafos, nessa experiência que nos obriga a sair do dito e do feito e acrescentar que é o desejo que nos move e não as necessidades humanas como aprendemos.

Neste sentido, que traz em si uma complexidade interdisciplinar, queremos entender que não é possível cuidar deles com um único conhecimento, que dê conta de seus sentimentos.

Assim um último PADRÃO que é o principal é o de ALIVIAR suas dores, seus constrangimentos, seus medos e inseguranças na vida causadas pela cirurgia.

CONSIDERAÇÕES

“impossível concluir” ainda rastreando.....

Poderíamos dizer que esta Tese está assentada “em prazer e dor”, durante todo o processo de seu desenvolvimento, pelos desafios enfrentados por nós. O primeiro deles foi a nossa escolha de “não” centrar nossa atenção na doença “câncer colorretal”, mais o de investir nos CORPOS afetados por ele, principalmente naquilo que diz respeito a sua sexualidade.

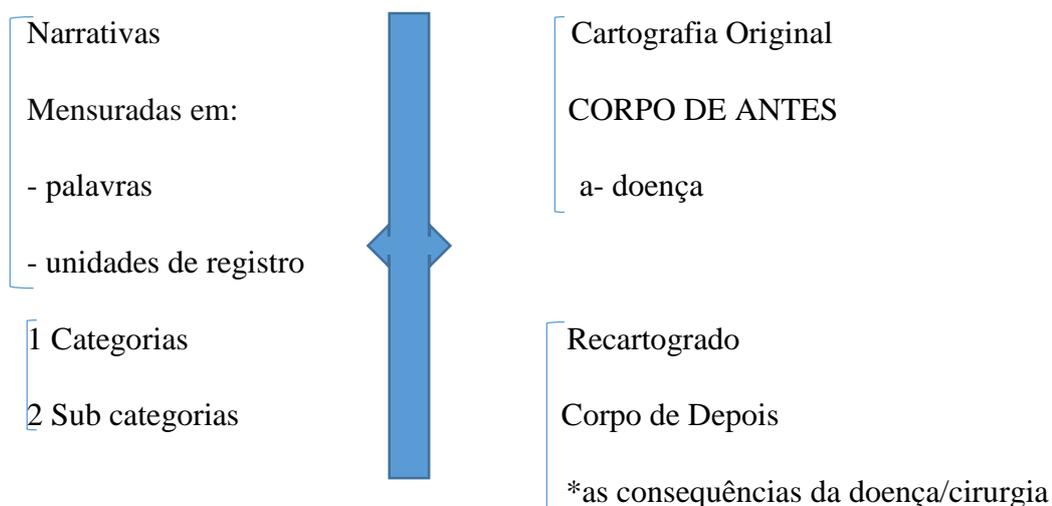
Um outro desafio, envolveu uma situação existencial vivida por nós foi de ter que recomençar o estudo faltando um ano para que ele fosse concretizado. No laboratório vivo de estudar o problema no Núcleo da Saúde da Mulher – NUPEEM do DMI/EEAP/UNIRIO, quando descobrimos que o que pretendíamos estudar não estava claro, que se escondia num campo “íntimo” do corpo e que envolvia um conhecimento e um discurso sobre SEXUALIDADE e suas impossibilidades após a cirurgia.

Nas viagens entre Rio e São Paulo quando decidi como doutoranda fazer o Curso de Aprimoramento em Sexualidade Humana na FMUSP e frequentando duas vezes na semana o curso de Pós Graduação em Teoria Psicanalítica na Universidade Santa Úrsula no Rio de Janeiro, duas experiências que me colocaram em “rota de colisão”, isto é, começar a pensar em psicanálise no território de minha área de atuação como enfermeira oncologista e estomaterapeuta.

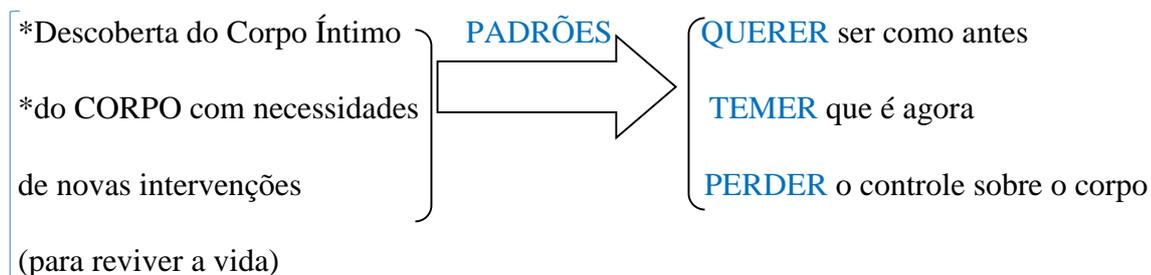
O que aprendemos nestes dois desafios foi que os temas destes dois cursos nos ajudaram na produção e compreensão dos dados produzidos através das Narrativas dos Homens e Mulheres, que não falam claramente sobre seus problemas sexuais, mas mostram através de sentidos nos corpos, expressões de angústia, de linguagem corporal, de sentimentos de ser abandonado pelos cheiros exalados, que não conseguem controlar e pelo ânus grampeado que dói, conseguimos chegar ao final do estudo para defender a tese de que: **o corpo é sexualidade, é sensualidade pura mesmo operado de câncer colorretal, e que seus movimentos, seus fluxos, seus sentimentos, suas secreções, suas emoções, suas reações, não os impedem de mostrar os dispositivos de sexualidade que não é o sexo em si, mas dos diversos afetos tatuados no corpo que se reconfiguram, após a cirurgia, e que eles nos indicam PADRÕES de cuidados para eles. Além disso, foi possível confirmar a viabilidade do que nos propomos fazer.**

A imagem 3 a seguir é uma síntese do estudo e um modo de termos uma posição do que encontramos:

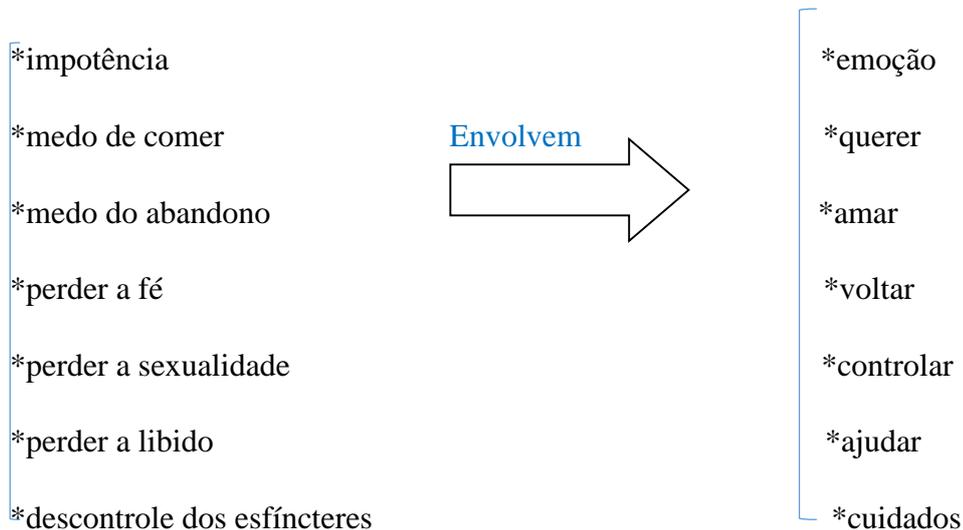
Imagem 3: Síntese do Estudo



Corpo Recartografado



Novas Marcas de CARTOGRAFIA do novo CORPO



Fonte: Esquema dos autores, 2016.

Resultados com intensidades que foram matematizadas, rica de aspectos narrativos sobre suas experiências e consequências após a cirurgia por câncer colorretal e de como gostariam de ser e tentam reviver agora, os dados (entrevistas) se encontram no apêndice 6.

Constatar que seus problemas não podem ser resolvidos como está instituído, foi um dispositivo para nós a nos INDICAR que as demandas que envolvem corpo e subjetividade, corpo e emoção, corpo e sentimentos, corpo e os modos de viver após a cirurgia, demandam cuidados complexos, de longa duração num trabalho interdisciplinar.

Descobrir que eles não sabiam das implicações da cirurgia, muito menos que teriam que vivenciar as disfunções fecais, alguns casos com disfunções urinárias, disfunções sexuais que descobriram sozinhos, estratégias de sobrevivência em algumas situações, que eles não esperavam como consequências permanentes, nos fez rever e repensar nossos diagnósticos e intervenções que tem implicações em saber “muito” sobre o corpo, e, em especial sobre sexualidade humana.

Saber que num simples encontro, numa entrevista básica, na hora da alta, não produz devido para os padrões encontrados.

Entender, que é impossível falar de qualidade de vida, modos de viver e de se relacionar que não dependa de um conhecimento isolado e sobre a doença.

Identificar que mesmo assim eles sentem-se agradecidos por estarem vivos, buscando novos modos e maneiras de sobre - viver a estas condições que o câncer colorretal ocasionou, buscando forças e exalando força aquém deles próprios. Essa energia como disposição para viver e para a vida, pulsão que movimenta esse corpo fragmentado, porém reestruturado, mas mesmo assim pulsante, que busca estratégias de viver o dia a dia e seguir em frente, pulsões que devem ser consideradas nas intervenções de enfermagem.

Constatar, que a disfunção fecal, urinária, flatulência afeta-os durante todo o percurso do pós operatório mediato ao tardio. A readaptação, no modo de viver depende da extensão da perda do reto e da anastomose coloretal ou coloanal, e por isso é longa e envolve processos racionais e emocionais, processos de subjetivação da transformação do corpo e da própria aceitação de cada um dos envolvidos.

A tese foi confirmada e os homens e mulheres nos indicam que cuidar deles é um desafio que é da ordem da HABILIDADE PSÍQUICA, desde que são informados do câncer, passando pela estomia intestinal e depois enfrentando as consequências da cirurgia.

Os desafios nesta etapa do estudo se identificam como:

a) preparo “altamente especializado” que envolve não só saber sobre a doença, mas sobre as pessoas e como interagir com este cliente. Um saber que diz respeito as habilidades manuais, psíquicas, políticas e pedagógicas, para ajuda-los a enfrentar os PADRÕES indicados;

b) acreditar que a enfermagem não ajudará estes clientes sozinha, mas é com certeza, aquela que identifica e intermedia encaminhamentos para outros profissionais;

c) criar o hábito de CON-“VERSAR”, com eles antes das consultas, dos encontros técnicos, durante os procedimentos, com fins de criar laços capazes de se tornarem aberturas para falar das subjetividades e sexualidade do corpo erógeno;

d) criar espaços de simulações para aprender com eles como aprender a recartografar seus corpos e a falar do silêncio sobre a sexualidade;

c) criar grupos de discussão para conversar com eles durante a internação, oportunizando a troca de informações e experiências para que se auto ajudem;

e) rediscutir o que está orientado nos protocolos e, incluir questões e práticas que envolvam a emoção, os sentimentos e a subjetividade.

PROPOSTAS

1-Tendo em vista que o cuidado a este cliente é interdisciplinar, estabelecer um Grupo de Suporte para Atendimento a Pacientes Pós Cirurgia Colorretal, com a participação dos serviços de Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Cirurgia Abdômino Pélvica, e do Enfermeiro de modo a criar modos de cuidar na qual haja diálogo e troca de informações dos profissionais envolvidos;

2-Estabeler o ambulatório pelo Enfermeiro Estomaterapeuta de Pré Operatório aos clientes que iram fechar o estoma intestinal, iniciando além do diálogo e informação acerca do pós operatório, iniciar biofeedback, exercícios da musculatura do assoalho pélvico de modo a minimizar, atenuar as disfunções fecais no pós operatório.

Referências

- ABDO, Carmita. Sexualidade Humana e seus Transtornos. 5ª edição. São Paulo: Leitura Médica, 2014.
- ARAÚJO, Rodrigo Otávio C. Regressão do estágio clínico, preservação esfinteriana e qualidade de vida em câncer de reto: resultados de um estudo prospectivo randomizado comparando dois esquemas de radioquimioterapia. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – INCA. Rio de Janeiro, 2013.
- ASSOUN, Paul Laurente. O olhar e a voz – Lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz-fundamentos da clínica à teoria. Tradução de Celso Pereira de Almeida-RJ. Companhia de Freud. 1999.
- BARAT, Michel. A conversão do Olhar. Instituto Piaget: Epistemologia e Sociedade: Lisboa PT, 1992.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa-Portugal: Edições 70. LBA, 2009.
- BERTAUX, Daniel. Narrativas de Vida: a Pesquisa e seu Método. 2ª edição. EDURN. São Paulo-Natal. 2010.
- BOHM, G. et al. Anorectal, bladder, and sexual function in females following colorectal surgery for carcinoma. *Int J Colorectal Dis*; 23 (9): 893-900. 2008 Sep. Disponível: link.springer.com/article/10.1007/s00384-008-0498-9#page-1. Acessado em 07 de junho de 2016.
- BREUKIN, S.Q.; DONOVAN K.A. Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *J Sex Med*; 10 Suppl 1: 74-83, 2013 Feb. Disponível: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387913. Acessado em 10 de junho de 2016.
- BRYKCZYNSKI, Karen. Patricia Benner: De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª edição. Loures-Portugal: Lusodidacta. 2004. P.185-210.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6ª edição revisada/3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010
- CAPISANO, Helládio Francisco. Imagem Corporal. In: Mello Filho, Julio de; Burd Monica. e cols. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.255-270.
- CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações sociais de mulheres e homens sobre sua vida afetivo-sexual. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.
- CASTRO, Leonaldson et al. Câncer de Reto. In: Castro, L.S.; Correa, J.H.S. Tratamento Cirúrgico do Câncer Gastrointestinal. Rio de Janeiro. [S.I.: s.n.], 2005, p.361-416.

CORBIN, Alain. Saberes e Odores- o olfato e o imaginário social no século XVIII e XIX. Tradução de Ligia Watanabe. São Paulo: Companhia das Letras.

CUTAIT, Raul.; COTTI, Guilherme de Castro Cutait. Tratamento Cirúrgico de Câncer de Colón: Ressecções Clássicas. In: ROSSI, Benedito M. et al. Câncer de Colón, Reto e Ânus: Lemar e Tecnommed Editora, São Paulo. 2005, p.207-215

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia 2. 2ª edição. V.3. São Paulo: Editora 34, 2012.

DESLANDES, Suely Ferreira.; ASSIS, Simone: Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde- o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (orgs). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2002.

DOENGES; Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades e Fundamentos. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001

ESTIMATIVA 2016 - Incidência de Câncer no Brasil. INCA. Ministério da Saúde. Disponível em WWW.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?link+conteúdo VIEW&ID=5. Acessado em 20 de junho de 2016.

ESTEVAM, Carlos. Freud: Vida e Obra. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

FERREIRA, Fabio de Oliveira.; ROSSI Benedito M. Tratamento Cirúrgico de Câncer de Reto: Ressecção Anterior. In: ROSSI, B.M. et al. Câncer de Colón, Reto e Ânus. São Paulo: Lemar e Tecnommed Editora. São Paulo. 2004, p.287-325

FERRIGNO, Robson.; DAVID FILHO, Waldec Jorge. Radioterapia e Quimioterapia Pré-Operatória em Câncer de Reto. In: Rossi et al. Câncer de Colón Reto e Ânus: Lemar e Tecnommed Editora. São Paulo. 2004, p.264-273

FOULCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 28ª reimpressão. São Paulo: Edições Graal Ltda., 2010.

_____. História da Sexualidade I – A Vontade de Saber, 22ª reedição. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1988.

FRANÇA NETO, Paulo R. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes em Pós Operatório Tardio de Excisão Total de Mesorreto, para Tratamento do Câncer de Reto. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – Minas Gerais, 2011.

FREUD, Sigmund. Coleção: Vida e Obra. 2ª edição, 20ª impressão, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

GONDAR, Jô. Os tempos de FREUD. Editora Revinter, 1995, RJ.

GUATARRI, Feliz; ROLNIK, Sueli. Cartografia do Desejo. 12ª edição. Petrópolis - RJ. Editora Vozes. 2013

KASTRUPP, Virginia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: passos, Eduardo; Kastrupp, Virginia; Escóssia, Liliana (Orgs). Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

LIBERMANN, Flavia. O Corpo como Processo de Subjetividade. Cadernos de Subjetividade-Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. V.5, N.2. São Paulo. 2º semestre de 1997. P.245-589.

LOWEN, Alexander. Medo da Vida. São Paulo. 1980. Círculo do Livro.

_____ O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e realidade. 9ª edição. São Paulo: Summus, 1983

_____ Prazer-abordagem criativa da vida. 8ª edição. São Paulo: Summus, 1984.

MERLAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da Percepção. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Ferreira. Análise Diagnóstica da Política Nacional de saúde para Redução de Acidentes e Violência (Orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

_____. Na Dor do Corpo o Grito da Vida. ENSP. Fiocruz. 1987. (mimeo)

MORIN, Edgar. O Método 3. Conhecimento do Conhecimento. 5ª edição. Porto Alegre: Sulina, 2015.

NICOLETTI, S. et al. Bowel problems, self-care and information needs of colorectal cancer survivors at 6 to 24 months after sphincter-saving surgery. Cancer Nursing; 31 (5): 389-98, 2008 Sep-Oct. Disponível: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772664. Acessado em 10 de junho de 2016

Oliveira, Lucia Câmara de Castro; Salum, Mara Rita; Povedano, Andréa. Fisiologia da Continência e da Defecação. In: Oliveira, Lucia Câmara de Castro (ed.). Fisiologia Anorretal. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2010. P.21-30

_____, Lucia Castro Oliveira. Incontinência Anal: Etiologia e Tratamentos Clínicos e Minimamente Invasivo. In: Oliveira, Lucia Câmara de Castro (ed.). Fisiologia Anorretal. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2010. P.137-153.

PAULA, Mariângela Boccarda de. Representações Sociais da Sexualidade em Pacientes Ostomizados. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

RAMOS, José Reinan. Ressecção Anterior ultrabaixa e Inter esfinteriana com anastomose coloanal por vídeo laparoscopia. Rev. Colégio Brasileiro de Cirurgia, 36(5):2009. p.459-465.

REIS, Eliana Schueler. De corpos e afetos –transferência clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 2004.

ROLNIK, Sueli. Cartografia Sentimental – transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre. Sulinas. Editora UFRGS,2016.

SERRES, Michel. Narrativas do Humanismo. Editora Berthrand,2015.

SOBRADO, Carlos Walter. Fisiologia da Evacuação Coloproctologia. In: Avaliação Funcional em Coloproctologia. Salum, Mara; Cutait, Raul. São Paulo. Livraria Científica Ernesto Reichmann, 2004. P.29-44.

SANTOS, José F.L. et al. Qualidade de Vida, dor, depressão e ansiedade em pacientes operados por câncer de reto. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. Vol. 27 n.2. São Paulo. Apr/June 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000200096. Acessado em 20 de janeiro de 2016.

TAVARES, Maria da Conceição G.C.F. Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri-São Paulo: Manole, 2003.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; FIGUEIREDO Nébia Maria Almeida. O Desejo e a Necessidade do Cuidado com o Corpo-Uma perspectiva estética na prática de enfermagem. EdUFF-Editora da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rj. 2001.

Todd, Ian P. Cirugía de colon,recto y ano. 3º edición. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires- Argentina.1983.

VIGAREJO, George. O limpo e o sujo – uma história de higiene corporal. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WESNER Steven D.; SILVA, Giovana Marques da. Investigação Funcional na Incontinência Fecal. In: Avaliação Funcional em Coloproctologia. SALUM, Mara; CUTAIT, Raul. São Paulo. Livraria Científica Ernesto Reichmann, 2004.p. 191-199

World Health Organization (WHO). Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action. Antígua-Guatemala. May 19-22, 2000.

Apêndice 1

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu

Doutorado em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: **Padrões de Cuidados de Enfermagem para Clientes com Câncer Colorretal: intervenções nas disfunções pós cirurgia**

O (a) Sr (Sra.) está sendo convidado (a) a participar deste estudo com pacientes após terem realizado cirurgia para câncer colorretal, em um Hospital de Oncologia localizado na Cidade do Rio de Janeiro. Será convidado (a) a responder três questões que abordam sobre a sua vida e sexualidade antes e depois da cirurgia.

Este estudo permitirá conhecer como as pessoas vivenciam a sua vida e sexualidade após a cirurgia por câncer colorretal, de modo a buscarmos e elaborarmos padrões de cuidados pelo enfermeiro (a) que auxiliem nesta nova etapa de sua vida.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

Objetivos do estudo: a) Identificar caracterizando através das falas dos clientes, os padrões do autocuidado e da sexualidade, após a cirurgia por câncer colorretal. b) Caracterizar a partir das fala dos clientes seus modos de viver e de vivenciar/ resgatar sua sexualidade, após cirurgia por câncer colorretal. c) Elaborar um instrumento específico para cuidar das disfunções pós cirurgia por câncer colorretal a partir do que os clientes, sabem e falam sobre o tema.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador principal

Procedimentos do Estudo

Se você concordar em participar deste estudo, será convidado (a) a responder três questões, sobre o antes e depois da cirurgia por câncer colorretal e as implicações desta em seu modo de viver e em sua sexualidade. Também será coletado dados do seu prontuário médico referentes ao estadiamento da doença, tratamentos realizados, descrição da cirurgia. Os dados serão coletados no dia do comparecimento do cliente para consulta médica de rotina no ambulatório de cirurgia abdômino pélvica HCI. Será realizado somente após o cliente concordar em participar da pesquisa.

Riscos

O estudo oferece risco mínimo, pois os clientes já terminaram todo seu tratamento. Entretanto, se apresentarem desconforto referente a lembranças de situações desagradáveis vivenciadas no processo do tratamento, serão encaminhados para suporte no Serviço de Psicologia da unidade hospitalar onde se desenvolverá o estudo.

Benefícios

Dentre os benefícios da pesquisa será conhecer, avaliar e contribuir na recuperação do (a) cliente submetido (a) à cirurgia devido câncer colorretal, buscando caminhos e estratégias de ação educativa para a construção do conhecimento nessa área. Dado ser um estudo sem benefício direto ao indivíduo, assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Mesmo não tendo benefícios direto aos sujeitos do estudo, os efeitos se dará de forma indireta, tendo em vista que o conhecimento produzido da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos padrões de cuidados e desta forma contribuir na reabilitação dos pacientes que realizam, passam por este procedimento cirúrgico.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador principal

Acompanhamento, Assistência e Responsáveis

Não se aplica.

Confidencialidade dos Registros

A pesquisadora tomará os cuidados necessários em relação a coleta de dados e o armazenamento das informações, mantendo o anonimato dos participantes da pesquisa, assumindo o compromisso ético quanto a liberdade do sujeito se recusar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização. Sua identidade será mantida em sigilo, para isso a Sr (Sra.) será identificada (o) com um número arábico. A pesquisa não será utilizada para outro objetivo a não ser o que foi mencionado, sendo divulgados os resultados da pesquisa em eventos e publicação científica, mantendo-se o sigilo dos participantes, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Tratamento Médico em Caso de Danos

Não se aplica ao estudo.

Custos

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para o participante do estudo.

Bases da Participação

A participação é voluntária, sem qualquer remuneração e o convidado terá liberdade de retirar este consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento na instituição. Em caso se você decidir interromper sua participação no estudo, deverá comunicar a pesquisadora principal do estudo (Maria da Penha Schwartz) pelo telefone (21) 99609-9362.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador principal

Garantia de Esclarecimentos

O participante do estudo terá acesso a qualquer momento às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados a pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas, através do telefone da pesquisadora Maria da Penha Schwartz (21) 99609-9362 (08-23hs diariamente), ou no local de trabalho da pesquisadora principal (21) 3207-1768 no horário de 07-16hs de segunda a sexta. Também pode contar com um contato imparcial do Comitê de Ética e Pesquisa do INCA-Instituto Nacional de Câncer, CEP-INCA. Endereço: Rua do Resende 128, sala 203, Centro - Rio de Janeiro. Contato: e-mail cep@inca.gov.br, telefones (21) 3207-4550. Horário de Atendimento: 09:00 às 16:00hs de segunda a sexta, ou pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unirio, CEP-UNIRIO pelo telefone 2542-7771, 2542-7796 ou também pelo e-mail: cep-unirio@unirio.br

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA-Instituto Nacional de Câncer.

O Comitê de Ética em Pesquisa do INCA-Instituto Nacional de Câncer e o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, é formado por profissionais que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar das pesquisas.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com as pesquisadoras responsável.

Rubrica do participante

Rubrica do investigador principal

Consentimento

Eu,, li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas e esclarecidas. Ficou claro para mim que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e meu anonimato será assegurado em todo momento.

Sendo assim concordo em participar como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro,de..... de

(Nome e assinatura do paciente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Data:

Maria da Penha Schwartz

(Responsável por obter o consentimento)

Rubrica do participante

Rubrica do investigador principal

Apêndice 2**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO****Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS****Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu****Doutorado em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO)**

Roteiro para a construção da Narrativa de Vida antes e depois da cirurgia – questões orientadoras:

a) Como era sua vida antes da cirurgia?

b) Como é sua vida depois da cirurgia?

c) Criou alguma forma de se adaptar para cuidar do seu corpo e exercer sua sexualidade? Diga como faz isso?

Como se sente?

Apêndice 3**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO****Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS****Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu****Doutorado em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO)**

Dados demográficos:

DN: Idade Estado Civil: Religião: Escolaridade: Profissão: Trabalha: SIM..... Não.....: Filhos: Mora com quem: sozinha filhos companheiro Outro:

Apêndice 4

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu

Doutorado em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO)

Apêndice 4

Dados do Prontuário

Paciente:

MH:

1ª consulta:

Cirurgia:Data

Teve complicação do estoma: Não

Sim; Qual

Fechou estoma intestinal: Data

Tempo de permanência:

Qt adjuvante

neoadjuvante

Rxt adjuvante

Neoadjuvante

Apêndice 5

Orçamento Financeiro

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Papel A4 para Impressão	Custeio	R\$4.000,00
Bobina para Impressora Cannon 210	Custeio	R\$4.000,00
Xerox	Custeio	R\$1.500,00
Encadernação simples	Custeio	R\$3.000,00
Encadernação capa dura versão final	Custeio	R\$2.500,00
Inscrição em eventos	Custeio	R\$3.000,00
Estadia/hotel eventos	Custeio	R\$5.000,00
Passagens aéreas eventos	Custeio	R\$4.500,00
Publicação em Periódicos	Custeio	R\$5.000,00
Especialização Sexualidade Humana-FMUSP/2016	Custeio	R\$11.500,00
Especialização Psicanálise USU RJ/2016	Custeio	R\$7.080,00
Passagens para especialização FMUSP SP	Custeio	R\$2.500,00
Estadia para Especialização SP	Custeio	R\$4.000,00
Alimentação (eventos, especialização em SP, outros)	Custeio	R\$4.000,00
Total em R\$		R\$65.580,00

Apêndice 6- Cronograma

Cronograma

Atividades	1º Sem 2014	2ª sem 2014	1ª Sem 2015	2ª Sem 2015	1ª Sem 2016	2ª Sem 2016
Elaboração Projeto/Fundamentação teórica	x	X	x	x		
Elaboração Protocolo de pesquisa			x	x		
Solicitação pesquisa ao CEP e instituição					X	
Coleta/análise preliminar dados					X	
Elaboração relatório preliminar/projeto doutorado						X
Eventos científicos		X	x	x	X	
Publicação Periódicos				x	X	X
Qualificação						X
Defesa Final Doutorado						X

Apêndice 7- Entrevistas

Entrevista 1

67 anos Feminina Casada

Tem 15 anos de operada e faz 14 anos que fechou a colostomia.

Antes

Bem, dançava, tomava minha cervejinha. Parei de fumar à 8 anos por eu quis. Não tinha nada. Minha pressão sempre foi boa. Demorava para evacuar de 3-5 dias as vezes até uma semana. Mas nunca esquentei minha cabeça, porque qd evacuava evacuava normal. Até o dia que pingou sangue. Me preocupei. Achei que aquilo não era normal. Me despertou para eu procurar um proctologista. Foi aonde começou meu tratamento. Eu era voluntária aqui. Quando descobri o câncer eu chorei muito. Mas tentei ultrapassar tudo, continuei minha vida.

Depois

Vida sexual. Para mim nada mudou, o problema é meu marido é que não dá conta. Ele não funciona desde antes de eu operar. Porque eu gostava de sexo. Não é bom?

Ia pra festinha, mesmo com colostomia.

Depois que tirei a colostomia é que comecei a ter problema, de diarreia. Ficava muito triste com tudo. Foi quando comecei a ter problemas de comer as coisas que me faziam mal. E por isso que eu comecei a sentir o que não podia comer e aí eu parei. Tirei fora.

As coisas que posso comer bem é abóbora, chuchu, beterraba, cenoura, batata doce de vez em quando, porque me dá gases.

Tudo que tem semente não me faz bem. Não é psicológico. Que eu forcei para comer. A couve senti quando comi um caldo verde, que rolei na cama de dor. Daí nunca mais comi couve. Tudo que tem semente evito e folha que gosto mas evito comer. Mas como bem de resto, faço um prato bem cheio.

Mas me alimento bem. Levanto tomo meu café com leite, pão com queijo e manteiga. Aí de 2-2hs eu tomo assim um iogurte de graviola, que eu gosto. Como muito aveia, faço mingau de aveia. Banana com aveia.

Às vezes perco fezes, as vezes sinto vontade. O canal fica assim doendo. Sente aquela pressãozinha. Aí vou ao banheiro, faço. Às vezes faço pouquinho, aí começa a sair aos pouquinho e vai saindo e fica grudado na bunda. Aí eu tenho que tirar com papel. Jogar chuveirinho. Lavar. Às vezes acontece isso quando estou deitada vendo uma televisão, já me troquei né. Aí sinto um cheiro em mim, aí vou ver e eu estou suja entendeu. Mas não é um coco mole não. É feito assim tipo doce de ameixa. Fica grudado. Aí entro no chuveiro, tomo meu banho, tiro e pronto. Passo um talquinho.

Às vezes vou 15 vezes ao banheiro quando tenho diarreia. Não tomo remédio nenhum. Deixo ele (coco) sair sozinho, para me limpar. Aí quando fico limpinha, eu sei quando eu olho no banheiro (vaso sanitário) e faz prammmm. Aí tá saindo os gazes e as últimas fezes.

Meu marido diz para eu tomar remédio para segurar, mas eu não quero não segurar. Quero que limpe (o intestino). É alguma coisa que comi e me fez mal. Então deixa ele sair. Ele sai. Acabou. Aí ele volta a ficar 2-3 dias sem funcionar

Isso não é todo dia, tanto é que estou aqui sem fralda.

Eu gosto muito de beijar. Eu brinco à beça com ele (marido). Me esfrego nele. Abraço. Rsr. A gente brinca muito, a gente ri muito. Aí ele diz: você é fogeta pra caramba.

Eu vou fazer o que, eu tenho sica. Na minha família todo mundo era fogeta pra caramba. Meu pai, minha mãe não.

Faço tudo viajo, saio, cozinho. Eu conheço todos os lugares que tem banheiro em Copacabana que eu possa usar, que é assim limpinho. Também no centro do Rio. Eu sempre sondo onde fica o banheiro nos lugares que vou, pro caso de uma emergência.

Eu digo sempre para o meu marido. Você dê graças a Deus que eu tenho religião. Eu sou religiosa a beça. Vou a missa todo dia e rezo o terço todo dia.

Porque se não fosse, você (marido) tava ferrado. Ia ter muito chifre. Porque a gente lava fica tudo bonitinho, ai chegava em casa e dizia. Oi amor!!! Beijinho rrsr

Fazia exatamente como o homem faz.

Ele fica me olhando e diz: Você teria coragem e eu respondo. Claro.

É porque eu tenho muita fé. É isso que me ergue.

Eu descobri antes de ficar doente, que ele tinha uma amante no trabalho, uma enfermeira, porque ele é médico. Aquilo acabou comigo. Me martirizou muito sabe. Aquilo acabou comigo. Fiquei muito triste, arrasada com aquilo. Porque eu via que na cama ele quase não me procurava como mulher.

Eu vivia na igreja sabe. Em retiro. E ele se aproveitava disso. Nunca imaginava que lelé ia fazer isso. Naquela época sofri a beça. Chorei muito. Porque a gente fica assim (silêncio) qd o homem começa a botar defeito na mulher.

Eu sempre soube me vestir bem, trabalhei em boutique francesa. Eu sempre me vesti muito bm,cheirosa. Sempre usei perfumes franceses. Então tive muito experiência sobre tudo isso (se arrumar).

Quando ele se formou nos fomos morar numa cidadezinha perto de Belo Horizonte, ele foi tomar conta de um hospital. Ali ele me privou muito de estudar. Eu queria estudar, eu queria fazer jornalismo.

Mas tudo ficou normal depois (no relacionamento). Depois que fiquei doente ele cuidou de mim. Porque quem administra a casa sou eu. Ele recebe e joga tudo nas minhas mãos. Eu tenho cabeça muito boa.

Nada pode me abalar. Nada. Eu era uma pessoa que tinha muito medo na minha Vida. Quando era garota tinha medo de defunto e disso e daquilo.

Tento me erguer. Não vou dizer que não sofro. Eu sou muito emotiva. Adoro ver novela mexicana, eu me sinto beijada por aqueles caras rrsrs.

Eu curto tudo que você possa imaginar. Em jogos eu torço pra caramba. Não gosto de lugar com muita gente, de muvuca. Gosto de uma coisa assim, mais light, sabe.

Sou uma pessoa que não falo de ninguém, não me meto na vida de ninguém. Vou lá pra igreja e fico no cantinho fazendo minhas orações e depois vou pra minha casa.

Se não tenho nada para fazer, vou ver televisão, daí eu durmo, eu acordo e pronto. Saio, vou fazer visita aos doentes que eu gosto de fazer. Eu venho aqui (hospital) e faço visita à beça. Vou nas enfermarias pra mostrar como é que estou. Que já tem tantos anos que fiz minha cirurgia. Que as pessoas têm que se erguer. Eu levanto o astral à beça. Aí levo uns santinhos e distribuo. Faço orações.

Eu dô uma olhadinha antes, assim eu vejo, se tiver fazendo alguma coisa eu não entro (na enfermaria).

Independente de perder fezes e gases, tô nem aí quando tenho que soltar um pum. Vou fazer o que? Você acha que estou fazendo porque quero. Puxa vida. Deus me deu essa cruz para eu carregar, então tenho que saber carregar. As pessoas que sabem não ligão. Eu uso sempre saia longa porque se perder coco e escorrer pelas pernas, ninguém fica vendo.

Se tivesse que ficar com a colostomia definitiva, não sei, o que faria. Eu fiquei quase um ano com a colostomia (colostomia provisória).

Eu não sabia que tinha que fazer lavagem no rabisteco pra tirar a colostomia.

Eu tenho fé em Deus que não vou morrer de câncer. Já tive problema no fígado, fiz biopsia e não deu nada Graças a Deus.

Eu faço Rx de tórax, meus exames direitinho. Eu me cuido.

As minhas coleguinhas da igreja dizem que sou uma guerreira.

Eu gostaria de ser doadora de algum órgão se prestar. Meu coração tá bãozinho.

FIM

Entrevista 2

Masculino 61 anos Católico

3 anos e 8 meses pós cirurgia câncer colorretal e 01 ano e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Era uma vida normal, ia no banheiro todo dia. Trabalhava. Até que eu comecei a ter sangramento, saía sangue, mas a princípio dava vontade de ir no banheiro, ia no banheiro, sangrava, evacuava normal, mas tudo bem. Posteriormente descobriu-se o problema, eu vim para cá.

Depois

Foi feito a operação e na operação você pode saber melhor. Porque não foi uma colostomia normal, porque não ficava para fora, ela ficava grudada na parede e eu tinha muito dificuldade, vazava com certa facilidade e (pausa, voz fica embargada, os olhos se enchem de lágrimas).

Depois de um certo tempo foi feita a reconstrução do intestino, onde agora eu tô tendo problema com relação a não conseguir segurar o intestino, ou seja, eu não detenho a vontade, eu tenho que sair correndo desesperado para ir ao banheiro.

(palavras saem lentamente, os olhos se enchem de lágrimas)

Não sinto a vontade de evacuar, como é que eu vou te explicar melhor! (pausa) ele (fezes) vem descendo na porta e eu não tenho como segurar, eu tenho que ir direto pro banheiro e fazer.

Tô fazendo fisioterapia para isso, mas conforme te falei na última fisioterapia foi feito, não sei, um choque elétrico dentro do ânus que aí foi 3 dias terríveis depois que eu não sentia nenhuma coisa, já era assim direto. Quando tava em casa, tava no modes (absorvente) e na rua tinha que usar fralda.

Eu não consigo sair sem um ou outro.

Por exemplo para vir para o Inca, eu tenho que vir em jejum. Porque se comer alguma coisa é terrível. Já tem que botar fralda, sair de fralda. Toda vez que saio se comer alguma coisa mancha.

E tô aqui falando com você, mas tô com absorvente e fralda.

O pum também. As vezes sim, as vezes não solto sem sentir.

Viver com tudo isso é terrível, porque o que que acontece. A empresa que trabalho, mandaram mais de 60% das pessoas embora, nesta sexta passada. Na última vez que eu falei com meu patrão ele disse para eu ficar tranquilo (disse assim: a sua vaga está garantida).

Mas o que acontece, você não tem previsão para isso (incontinência fecal), eu não vejo as coisas melhorarem assim tão rápido. Eu preciso (trabalhar), e é uma expectativa danada, porque falta aproximadamente 01 ano e meio para eu me aposentar e é uma expectativa terrível, é você não saber para onde vai.

Peço a Deus pelo amor de Deus, para eu continuar (no trabalho, mesmo de licença), porque se volta para a empresa e eles dão tchauzinho para mim!!!! Pois não posso trabalhar direito (ir no banheiro toda hora), tenho que usar fralda por causa da perda das fezes (pausa, olhar triste e para baixo).

Como praticamente tudo. Como a tabelinha que a nutricionista fez. É na dietinha de arroz, batata, cenoura e frango.

De manhã cedo tomo café, isso não consigo abrir mão, com 2 pãezinhos com ricota.

Não tinha assim uma atividade de lazer antes da cirurgia. Normalmente a família saía, ia para eventos como churrascos e outras coisas assim.

Hoje não.

Sou católico apostólico não presente, confio em Deus. Tenho fé. É ela que está me acompanhando até agora.

É difícil porque minha esposa também está com problemas. Tá com artrite, hérnia de disco, tá passando o problema do túnel do carpo para o outro braço que ela não tá movendo direito.

O xixi está normal.

Está difícil.

Fico assado na região do ânus (com dermatite perianal)

Às vezes fico, muito pouco.

A vida sexual, foi pro brejo a muito tempo, já antes da cirurgia.

(olhos se enchem de lágrimas, a voz embarga) já vinha com problemas. Segundo o médico foi caxumba. Eu tava procurando algumas alternativas, mas, como veio logo a doença, deixei tudo para lá.

Hoje, além de vir para o hospital, fico em casa. Festas e eventos vai minha esposa e filho. Eu fico em casa com o cachorro.

Espero melhorar. Voltar a trabalhar. E mais pra frente, me aposentar né.

Eu realmente não queria me aposentar de imediato, mas devido a vida!!!! Que estou levando, não resta outra alternativa, né.

(pausa, os olhos se enchem de lágrimas, voz embarga) tenta engolir o choro.

Para você ter uma idéia, hoje estou de modess, frlada, cueca e tipo um rolinho de papel higiênico que coloco na saída do ânus para tentar segurar e não sair com tanta facilidade, e estou sem comer.

Vou ficar sem comer o dia todo se ficar aqui.

(Choro)

Fico inseguro de sair e me sujar todo. Você sabe o sufoco que já passei na época da bolsa de colostomia que vazou. E aquele foi (silêncio) a cabeça não consegue esquecer, então!!! (olhos se enchem de lágrimas)

Se tivesse que ficar com a colostomia ou ficar perdendo fezes, prefiro ficar perdendo fezes, porque a colostomia se eu tivesse acesso, se eu conseguisse trocar como a maioria das pessoas eu acredito que a colostomia. Mas por ela ter cravado na pele, primeiro aonde ela era (estava), eu não conseguia visualizar, se ela tivesse no lugar certo!!!

Porque eu não tinha nenhuma coisa para aparar. E estar no lugar do jeito que ela foi feita, eu ainda prefiro perder fezes.

(Nota da entrevistadora: paciente obeso, quando fez a ileostomia ela ficou retraída, para dentro, o que dificultava a aderência da bolsa e o autocuidado do paciente.)

As vezes o funcionamento do intestino alterna com diarreia (olhos se enchem de lágrimas, a voz embarga).

Ainda tá muito sofrido lidar com tudo isso! Porque o que que acontece. Você tem certa expectativa e à medida que vai acontecendo, vai frustrando cada vez mais.

Esperava fechar a colostomia e que tudo ia voltar ao normal. O que que acontece, além de fechar a colostomia ainda ficou uma hérnia.

(olhos se enchem de lágrimas, chora, voz embarga). Paro a gravação, porém continuo a falar com o paciente, encaminho para psicologia e explico que é bom fazer a psicoterapia.

Entrevista 3

54 anos Feminina Viúva

7 anos e 8 meses pos cirurgia câncer colorretal e 2 anos pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Eu ia na igreja, numa festinha de aniversário, numas coisinhas light. Assim nada de ficar bebendo.

Passava muito tempo sentada, trabalhava de cobradora de ônibus, e eu já tinha hemorroida no ânus.

Não sei se foi a hemorroida, que eu senti que entrou assim para dentro e depois de um certo tempo passei a ter sangramento. Aí eu comecei a ir ao médico e eles diziam que não era nada. Que era hemorroida mais intestino preso e ressecado.

Foi onde eles passaram a me dar laxante, daí onde eu comecei a ter muito diarreia. Tudo que eu comia vinha assim muito líquido e eu comia mamão, ameixa cozida, laranja que era para não prender.

Passei a ter muita diarreia. Mas assim com pus e sangue. Assim tudo junto.

Mas não sabia o que era. Aí então eu fui e pedi a Deus que me mostrasse um médico que resolvesse o meu problema. Aí foi que consegui marcar uma consulta e com muita dificuldade, num dia de sol muito quente a 01 hora da tarde. Eu tava muito cansada e pensei em não ir. Mas aí pensei! Eu vou nessa consulta, eu tenho que saber o que eu tenho.

Essa consulta foi assim, batata. Eu fui nas outras consultas com outros médicos que iam e me davam um toquezinho assim.... Esse não, já deu um toque mais profundo. Perguntou se eu tinha alguém na família com câncer. Pediu uns exames. Mas eu tinha que fazer em Petrópolis.

Mas eu não sabia como fazer, nem como marcar. Nem como começar

Mas daí naquela época tava começando uma promoção da OI (operadora de celular), que você ganhava uns 100 bônus.

Então falei pro médico dessa minha dificuldade. Aí ele me pediu o telefone. Ligou para Petrópolis. Marcou o exame para mim (colonoscopia). Aí já mandaram a dieta, ele passou para mim para fazer antes do exame.

Fui, fiz essa retoscopia lá no hospital e já pediram a biopsia e já levei.

E logo depois de 01 mês eu trouxe o resultado pra ele e ele já me encostou pelo INPS no mesmo dia que fui na consulta dele. Porque eu não tava mais me aguentando andar mais. Tipo assim, eu tava andando daqui lá fora já sem força.

E ele falou para mim assim: eu vou te dar o encaminhamento pro Inca, que era pra me tratar. Eu disse que não queria ir pro Inca, porque a minha cabeça tava assim “Ó”. Ele disse que o meu caso era urgente, que tinha que ir logo. Eu disse que ia pensar.

Ele falou então para pensar e que tava na outra semana de plantão no Santa Teresa (Petropolis), pra eu procurar ele, que não ia cobrar a consulta.

Aí eu fui pra casa matutando, eu achava que era aquele Inca pros sem terra. Falava em câncer, mas eu não ligava o Inca com câncer. E eu pensava: o que que eu vou fazer naquele lugar pros sem terra.

Olha bem!!!

Aí, depois caiu a ficha, demorou uns 15 dias, eu pensando, pensando. Aí eu pedi pra Deus pra auxiliar minha cabeça, que eu conseguisse discernir uma coisa da outra.

Aí na palavra (bíblia) fala, pra ser obediente, pra aceitar a verdade

Aí fui virando pra trás, e vi o jeito que o doutor me tratou, que ele me consultou, aí eu fui vendo: ele ta querendo o melhor pra mim. Me ajudou. Já que ele queria eu vou.

Aí cheguei numa sexta feira pra ele, e disse: doutor tomei uma decisão, vou lá no Inca.

Depois

Daí ele fez o encaminhamento e eu comecei a me trata aqui. Tava muito magra. Depois que fiz a quimioterapia e a radioterapia até engordei um pouco. Fiz a cirurgia e teve que colocar a bolsinha.

Aí eu tinha medo de tirar a colostomia e de morrer.

Porque você acompanha o caso de outras pessoas; fulano tirou a colostomia e depois de um tempo morreu, então daí, aquilo não entrava na minha cabeça.

Aí eu pensava; se não precisar de tirar eu vou ficar com ela.

E o médico falou que eu tinha que fechar a fístula ([paciente fez uma fístula reto-vaginal depois da cirurgia da retirada do tumor](#)), prá depois fechar a colostomia.

Aí eu achava que ia ficar com a colostomia direto.

Aí o médico disse (nome da paciente) ou você tira ou então você vai ficar com a colostomia para sempre.

Porque se depois você chegar para mim para tirar, eu não vou mais tirar.

Aí eu disse, vou tirar.

Entrei na fila para poder tirar a colostomia. Aí então, eles dizem que toda cirurgia tem risco de morte. A gente leva assim, um choque, né.

Mesmo que você converse com alguém você vai nessas senhora (assistente social? psicologia?) elas conversam e tentam passar o melhor para a gente.

Na minha cabeça tem horas que não entra muita coisa, ela não tem esse discernimento rápido, assim.

Aí você, vai pra casa, o médico pediu para eu assinar e eu tava no meio do corredor. Aí eu disse que ia pensar, se quero morrer ou se quero viver. Aí o médico me disse para voltar em 01 semana a 15 dias.

Nisso, o tempo vai passando. Eu acho que esse problema que eu tenho da incontinência fecal, acho que foi do tempo que fiquei com a colostomia, porque 05 anos é muito tempo.

De todo o tempo que estou me tratando, já faz quase 10 anos.

Aí eu fui e lutei para fazer fisioterapia lá na triagem. Eu não gostei no fisioterapeuta, eu achava ele assim, com uma cara de tarado, um homem assim com uma aparência muito ruim.

Mesmo eu tando com 54 anos, eu gostaria que fosse uma fisioterapeuta.

Já sei o que não posso comer, batata doce, azeitona, porque me dá muito gases. Se eu comer isso eu fico peidando o dia todo.

Eu não tenho uma refeição certa. Tipo, você vai almoçar meio dia, eu não tenho, eu não tenho fome para comer.

Então você come uma fruta, você toma um café, você come uma besteira. Você não come uma comida, entendeu, eu não tenho àquela hora certa de se alimentar.

A minha vida também é bem agitada, né. Bem assim, mesmo que eu fique em minha casa sem fazer nada, eu não consigo parar, minha cabeça tá sempre agitada.

Gosto de computador.

A minha cabeça assim, só relaxa assim quando vai passar um filme de romance. Aí eu gosto de ver. Um filme sem preconceito, um filme antigo, um filme assim de Cinderela. É nessa hora, assim, que eu fico apagada.

E na hora, assim, que eu tô fazendo uma oração, não é o dia inteiro, é umas 3 vezes ao dia, é o horário assim que eu paro.

Só que esse período de você ficar com a colostomia muito tempo, fez com que esse sinalzinho que vai pro cérebro, que você tem que fazer as necessidades, apagou tudo, eu fiquei muito tempo.

Agora estou começando a sentir, vontade de fazer côcô. Eu hoje sinto assim, vontade de ir no banheiro.

Eu tô comendo muita farofa. Farofa, farofa. Eu já deixo minha farofa pronta. Porque agora eu chupo uma laranja,mas não como mais nada que solte o intestino.

Desde que passei a te conhecer, eu já melhorei muito, porque você passou pra mim: presta atenção no que você come. Comer coisas assim que faz bolo fecal, tipo farinha, e eu parei de ter diarreias. Só tenho diarreia se comer alguma coisa assim, que solte.

Só que se eu não puder ir no banheiro daqui até em casa (mora perto de Petrópolis), eu não consigo segurar essa vontade.

Aí sai e eu não sinto. Simplesmente quando chego em casa que vejo.

É como se o ânus ficasse assim frouxo.

Porque na cirurgia e depois o tempo da colostomia, ele vai fechando.

Depois quando você vai fazer operação para fechar, eles fazem assim, alargamento do ânus (dilatação), só que eu acho assim, que alargou demais.

No começo eu pensava assim, não teve uma dosagem pra alargar. Alargou demais.

Mas com o tempo vai se ajustando, como agora, está se ajustando, porque era bem mais fechado.

Alargou, aí ele não voltou pra o que ele era antes. Não acho ruim, porque você tem que ficar fazendo exame de toque as vezes e dói menos.

O pum (flatus) sinto. Tipo assim, quando ele sai eu sinto assim aonde tirou o tumor, ele ficou com esta parte do ânus diferente. Tipo o ânus, agora ficou com uma “covinha”. As fezes são pastosas, quando perde fica escondidinho nessa “cavidade”. Você sente diferente as coisas. Aí você fica só feliz que você tá viva, né.

Você sente que tem gazes dentro e ele quer sair, aí quando sai é como se aliviasse.

Sei quando vai sair, só não consigo controlar. Sai em qualquer lugar. Só que agora ele tá ficando um pouquinho mais controlado.

Porque você vai assim, tirando as coisas que dá gazes. Quando eu fiquei 01 ano com nutricionista eu comia muito e perdia (fezes) muito.

Aí, então comecei a diminuir, para ir menos no banheiro.

Você vai se controlando. Tipo assim, hoje eu vou lá embaixo (vir ao hospital), 01 dia antes eu já não almoço, não janto.

No dia que venho para cá, só fico no chazinho, suco, biscoito cream cracker.

Desde que operei eu não tenho esse hábito de ficar sem fralda.

Eu antes também estava com incontinência urinária. Que melhorou. Já consigo dar uma segurada. Graças a Deus que você mesmo pode se limpar.

As vezes as pessoas reclamam tanto da vida. Eu acho isso

Hoje, tipo assim, pra sair, pra viajar, pra sair pra todos os lugares, eu prefiro mais ficar em casa.

Até pra ir no banheiro da casa dos outros é problema. Porque eu gasto um rolo de papel higiênico por dia.

Porque toda vez que você vai no banheiro, você faz uma higiene. Mas tipo assim, chega uma hora que você não mais aguenta se fazer higiene. O corpo não pede pra você fazer.

Primeiro, que você vai se limpar é um rolo de papel higiênico. Você vai se limpando, você vai se limpando e jogando fora.

Tem hora que você se lava, tem hora que você se limpa com o papel, então você fica meio revoltada, mesmo que você tá vendo sua própria sujeira, você tem que ir toda hora no banheiro, seu humor já muda.

Mas você tem que dar Graças a Deus. É uma parte difícil de você ter que ficar se limpando.

Ah, eu vou dizer uma coisa pra você. Eu preferia ter ficado com a colostomia.

Porque você também se adapta. Pra isso a minha cabeça foi mais prática.

Eu mudei (modificou), fiz um tanque na área para me limpar quando tinha a colostomia.

Porque eles ensinam a trocar a bolsa no banheiro. Você toma banho e tira a bolsa e lava ao redor.

Mas aí, as vezes ficava caindo no chão (fezes). Aí então, eu fiz um local pra higiene.

Antes da doença, da cirurgia, tinha vida sexual ativa

Depois da cirurgia, no tempo que eu achava que já tava bem para relacionamento sexual eu tinha.

Mas, com a bolsinha eu tinha assim, me sentia mais incomodada. Mas, mesmo assim eu tinha relação. Porque meu marido não ligava.

Eu não sentia dor, eu me sentia bem.

Depois que tirei a colostomia fiquei uns 3 meses sem fazer esforço nenhum, porque a gente não sabe como está a operação. Aí, que eu fui então, ter uma relação sexual.

Uma, e meu marido depois infartou.

Ele tá fazendo 2 anos de falecido e agora ele taria fazendo 55 anos.

Ele teve um problemazinho na próstata e se tratou aqui. Porque ele disse, você já se trata lá, também vou tratar lá.

Aí, ele não podia fazer quimioterapia, porque ele era operado, tinha stent no coração. Aí, ele foi fazer radioterapia. Depois que ele acabou a radioterapia 15 dias depois ele enfartou e ele faleceu.

Creio, eu, que foi da radioterapia. Porque você tem que tirar tudo, ficar pelado para fazer a radioterapia, como é que você vai tirar o stent do coração?

Creio eu também, que quando chega a nossa hora, também não tem jeito.

Eu tenho vontade assim (desejo sexual), de me tratar dessa parte. Mesmo quando ele ficou.

Depois que eu operei (fechou a colostomia), foi mais difícil, porque fica assim, o medo de sujar a cama, que você fica assim, sem saber o que pode acontecer.

Aí quer dizer, passou a preocupação porque agora você (ela) vai se cuidar.

Porque eu penso, que já tava na hora de cuidar da vida aqui do alto, do que aqui de baixo.

Se Deus me deu uma segunda chance, é porque ele tem um propósito na minha vida.

Como mulher hoje, se você disser: você quer arrumar um homem, ou você quer construir uma casa? Eu mudava de casa.

Eu tenho 2 filhas. Uma de 19 e uma de 21. Essa de 19 é difícil. Eu evito de falar, porque tudo que falar, ela vai revidar em mim. Eu pago a faculdade a distância dela.

Cuido do meu netinho da outra filha.

Depois que perdi meu marido então! Você sente assim que a motivação vai acabando, diminuindo.

Mas você tem que dar Graças a Deus. É uma parte difícil de você ter que ficar se limpando. Hoje só vou a igreja, a lugar nenhum mais, mas a igreja eu não consigo deixar de ir.

FIM- a pedido da paciente

Entrevista 4

57 anos Masculino Casado

5 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e 01 ano e 4 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Eu tinha uma vida comum. Trabalhava, curti minha família. Gosta de um pagodinho no bar da esquina de casa com amigos no fim de semana. tomava uma cervejinha no máximo duas, nunca fui de exagerar. Até que comecei a ter dificuldade para fazer coco e as fezes começaram a sair mais fino, não do jeito normal de sair. E comecei a sentir dor quando ia ao banheiro. Achei que fosse hemorroidas. Então fui no médico, e ele me mandou procurar um proctologista. Quando fui nele ele pediu para fazer biópsia, e deu que eu tinha câncer no reto. Fiquei assim, assustado, chocado, não queria acreditar. Então, fui encaminhado pro Inca.

Depois

Depois que vim pra cá, fiz quimio e radioterapia e depois a cirurgia e fiquei com a colostomia. Foi complicado, esse tempo que usei a bolsinha. Pois o meu intestino saiu pra fora (fez prolapso), e a bolsinha não dava conta, vivia descolando. Sentia assim, vergonha de sair com aquele troço. Foi complicado. O médico disse que ia mas fechar, eu tinha que esperar um pouco até ter vaga pra operar. E eu ainda comecei a ter que passar a sonda pra esvaziar a bexiga (cateterismo intermitente), pois não conseguia fazer xixi direito. Era muita coisa pra cuidar e fazer e não via a hora de fechar a colostomia.

Até que enfim operei e fechou a colostomia. Então, daí começou outro martírio na minha vida. Eu não conseguia segurar o coco, e até hoje tá difícil. O pum também. Além disso continuo passando a sonda pra fazer o xixi. De dia eu sinto a vontade de fazer coco e tenho que correr pro banheiro, senão perco na fralda. Uso fralda. Eu compro fralda e corto em quatro pedaços pra economizar. De noite quando durmo, não consigo segurar nada. As vezes fico com essa parte (perianal) assada (dermatite). A senhora já deu até uns remedinhos pra tratar disso. É, não é fácil. Eu tomo Loperamida, que o médico mandou, com isso dá assim pra segurar um pouco, pois firma mais as fezes.

Mas vou seguindo, fazer o que. Tinha que operar pra tirar o tumor.

Mas tô vivendo. Tô com minha família.

Antes da cirurgia eu namorava bem, não sentia nada, sentia vontade. Hoje, tô assim, como vou dizer, assim inutilizado, não tenho vontade e não tenho ereção e depois usando fralda como vou sentir vontade!! Como se tenho que passar a sonda!!!!

A minha mulher não me cobra. Ela me ajuda a cuidar assim, ela cuida da minha alimentação. Eu evito muita coisa de comer, pra não ficar assim com o intestino mais solto. Não como nada, quando saio pra cá. Não vou em nenhum lugar além do hospital. Não saio de casa. Me aposentei. Mas mesmo assim, não queria ficar com a colostomia pra vida toda, não.

Entrevista 05

57 anos Feminina União Estável Evangélica

03 anos e 10 meses pós cirurgia colorretal e 02 anos e 01 mês pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Eu trabalhava e antes de eu descobrir o câncer levei um ano e meio. Sentia uma dor, dor. Fiz vários exames e nenhum acusou nada. Até que um dia no dia 23 de abril 2011 eu evacuei sangue e onde foi que eu descobri o câncer. Ai antes de evacuar sangue eu tive uma febre muito grande e fiquei tratando como dengue hemorrágica, e o médico disse que não era dengue hemorrágica. Ai eu fui e fiquei tratando como dengue hemorrágica ai o médico viu que não era dengue hemorrágica, que era câncer. Aí eu esperei o resultado, ai o médico disse que para operar não tinha jeito, ele disse que não tinha jeito. Daí ele perguntou com um pouco de desprezo aonde eu queria tratar, se no Antonio Pedro ou no Inca, ai eu disse que queria o Inca, daí ele me deu um papel e eu vim para cá. Ai comecei tratar aqui. E já faz 5 anos que me trato aqui. Eu amo, amo o Inca. Minha segunda chance de vida foi aqui. Eu levava antes disso tudo um vida normal em tudo. Não tinha prisão de ventre, problemas de fezes. Dizem que quem faz sexo anal, é mais propenso a isso. Mas eu nunca fiz. Até porque eu tinha feito cirurgia do períneo. Eu não praticava sexo anal. Sempre cuidando muito de mim. Tinha vida sexual boa.

Depois

Depois da cirurgia mudou tudo, tudo. Meu marido não me procura mais. Eu sinto que meu marido tem nojo de mim. Quando eu tinha bolsinha, ele falava assim, eu acabava de tomar banho ele falava pra mim: To sentindo um cheirinho aqui, mas eu falava: eu acabei de tomar banho. Não tem cheirinho. Não cheirava nada. Na hora de dormir ele pegava o lençol, ou cobertor para se cobrir pra não encostar em mim. Você acredita que depois da cirurgia eu fiz sexo uma vez, e já faz 3 anos que não faço sexo, ele não me quis mais. Meu marido um dia diz que está com dor no dedo, com dor de cabeça. Sabe, ele não me procura, nem me abraçar, nem me tocar, nem nada. Eu como mulher me sinto péssima. Péssima. Péssima. Eu me sinto muito péssima. Eu agradeço a Deus por estar viva, mas nessa parte eu me sinto pouco arrasada.

Eu fiquei com incontinência urinária, eu uso fralda. Ele não fala nada, mas eu sinto que ele tem nojo de mim. Com certeza. Isso me magoa muito. Ele não me trata bem.

Mas depois que tive câncer eu mudei muito, eu vejo a vida diferente, eu procuro coisas pra me agradar. Tb não quero mais saber. Quero saber de mim. Tem dias que to passando mal, eu não faço as coisas. Hoje eu me preocupo comigo. Eu estou bem, estou, se não estou, problema tudo bem. Hoje em dia não procuro agradar ninguém.

Hoje vivo assim, não preocupo com os que as pessoas pensam. Eu vivo mais pra mim. Ninguém se preocupa comigo, então vivo mais pra mim.

Menos os meus filhos. Ontem fui receber meu benefício, meu filho foi comigo. Porque eu fiz uma cirurgia muito grande e tive que colocar uma tela na barriga. Então não posso carregar peso, me abaixar. Então ele foi comigo. Hoje dormi na casa da minha filha, para estar aqui 7hs da manhã. Não posso reclamar dos meus filhos não. Só reclamo da parte do meu marido.

Vivo junto com ele, mas pretendo se Deus quiser uma casa pra mim, nos fundos,mas para 2017 eu quero morar só. Não quero cuidar de ninguém mais. Eu quero sair da casa onde moro que eu fiz com ele, mas vou largar tudo pra lá. Vou construir uma casa não muito grande, um quarto, uma cozinha, um banheiro. Já que ninguém se preocupa comigo, vou viver pra mim. Entendeu.

Porque hoje morando na mesma casa com ele (marido) eu faço tudo. Tudo na medida do possível. Não posso pagar faxineira. Porque eu não posso me abaixar, porque eu sinto muita dor quando me abaixo. Não posso pegar muito peso., fiquei debilitada.....

Mas eu agradeço a Deus por estar viva.

Mas esse negócio de perder urina e passar sonda me incomoda também. Mas vou fazer o que. Foi o que o Dr. Fulano disse. Vai ser um pouco dificultoso, mas você está viva. Quantos queriam estar com esse problema conformo. Mas não tem jeito. Eu vou ter que ficar para sempre fazendo isso, pro resto da minha vida.. Entendeu. Então quando começo a pensar reclamar, eu digo, Meu Deus quantos morreram e queriam estar aqui, e eu estou viva, Muito Obrigado. Não tem jeito, Ai eu me

Dependo do meu auxílio. Tem dia que estou muito cansada. Tem dias que estou muito desanimada, por isso que quero morar sozinha. Eu procuro fazer minha vontade. Vou dormir. Mudou, mudou essa história do Câncer mudou minha vida 99%. Eu gosto muito de ir pra igreja, me arrumo, mas não vou, me sinto feia. Prefiro ficar em casa não paciência para ver televisão, saio pra fora e vou

cuidar dos meus bichos (galinhas). Mudou, não sei explicar mas mudou. Não durmo bem. Eu acordo 4 vezes pra fazer xixi. Até você acordar, ir no banheiro fazer o xixi, eu perco o sono né. Aí tenho que levantar 6hs para fazer marmitta. Não durmo mais sempre na mesma cama, porque ele me irrita, porque ele pega e vai dormir na pontinha da cama, aquilo me estressa, e eu vou dormir na sala. Quase sempre vou dormir na sala. De 7 dias eu durmo 1 dia no quarto. Mas é como se não fosse nada. Porque ele dorme lá na beiradinha para não encostar em mim. Por isso que eu digo, eu sinto que ele tem nojo de mim. Eu tava com muita tosse. E tirei a fronha quando fui no banheiro. E qd molhei com álcool eu coloquei assim no meu pescoço. Ai ele disse: Que cheiro horrível na toalha, eu falei isso não é nada é álcool. Tudo ele acha cheiro de coco, cheiro de xixi. Não é cheiro de nada, é cheiro de álcool.

Depois da bolsinha.

Já tentei chegar pra ele. Mas todo dia tá com dor, todo dia com dor. Aí teve um dia que fui levar dipirona pra ele. E falei toma, que hoje eu estou com vontade de fazer um sexo, e não vai me dizer que está com dor. Ele disse que não ia fazer amor porque eu tinha levantado e ido no banheiro e tinha uma gotinha de xixi no chão. Mas o que, que tem (gargalha).

Realmente eu levantei, fui fazer meu xixi e tomei um banho e voltei e fui acaricia-lo, porque eu queria fazer sexo, mas ele disse eu não vou fazer amor com você. Eu perguntei, mas porque: ele disse que era porque tinha uma gota de xixi no chão. Mas eu disse já limpei. Já sequei. Ele falou: mas eu não quero. Rsrss

Eu tinha desejo, ainda tenho. Tenho um pouquinho. Vou ficar sozinha, não quero mais ninguém. Quero viver só. Ter minha casa. Não vou cozinhar para ninguém, arrumar pra ninguém.

Ele me manda embora o tempo todo. Qualquer briguinha ele fala: a serventia da casa é a porta da sala, some, vai viver com teus filhos. Por isso que quero fazer minha casa. Só não quero botar na justiça, porque não quero isso não. Quero fazer minha casa. Só quero que ele me ajude, porque eu ajudei muito ele naquela casa. Eu tenho vários materiais que já comprei. Se ele não me ajudar a minha, eu vou na justiça. Agora se ele me ajudar, eu vou embora, vou deixar ele em paz, viver a vida dele, que ele arrume outra pessoa pra viver com ele.

Quanto ao coco, não consigo segurar. Chego a sentir vontade, mas não consigo segurar. Hoje não tomei remédio, eu tomo loperamida. Não comi nada. Não vou comer nada. Só vou comer quando chegar em casa. Não vou nem beber água. Tomo uns 5 loperamida por dia. Se eu tomar loperamida, eu sinto desejo e tenho que ir no banheiro rápido. Agora se eu não tomar, sai tudo na fralda. Não

dá pra segurar. Quando vejo estou toda suja. Uma vez passei a maior vergonha. Eu mesma senti vergonha de mim. Eu ia sair pra cá. Eu senti um cheiro assim. Qd fui tomar banho estava toda suja e nem vi sair. O pum consigo controlar. As fezes não. Não como de tudo. Não como mais chocolate, evito tomar leite, muitas coisas, calabresa. Tudo que desanda o intestino. Mamão, laranja, suco de laranja. Se não o que vai ser de mim.

Voz embarga.

Eu vivo assim machucada. Se comer pizza, só posso comer um pedacinho, nunca mais comi camarão. Porque senão eu sinto muito cólicas no intestino.

Eu vou muito igreja. Mas tem dias que me arrumo toda, e fico desanimada. Penso que a fralda vai encher de xixi, que vou sentir vontade de fazer coco. Aí fico com medo e ficar suja aí não vou, prefiro ficar em casa. Até me arrumo, mas quando penso assim, até porque eu tenho que sair e levar fralda, eu tenho que sair e levar sonda. Entendeu. Não saio longe. Teve uma vez que fui fazer uma viagem, e senti uma cólica, perdi muito fezes. Então prefiro ficar em casa e sair perto mesmo.

Prefiro perder coco do que estar com a colostomia. Porque aquele negócio da bolsinha, a minha pele não aceitou a bolsinha. Eu usava uma fralda. Glória a Deus que tirei a bolsinha. Porque eu não aguentar não. A minha pele ficava assim sangrando. Prefiro ainda a fralda do que a bolsinha. Aquilo queimava. Vinha o coco e me sujava toda. Foi difícil. Muito difícil.

Mas eu não reclamo não. Eu dou Graças a Deus que eu estou viva. Quando vejo que vou ficar triste eu peço perdão a Deus. Eu não gosto de reclamar, quando vejo que estou ficando triste, e digo aí Meu Deus me perdoa. Me fortalece. Me reveste com tua força. Ai eu começo a cantar, canto um hino. Eu faço aula de canto. Faço aula de canto particular, 1x semana. Às terças faço hidro, agora que tá muito frio não tô indo. Mas pra ir eu não janto no dia anterior, só como até o meio dia e passo sonda de manhã e tomo 5 comprimidos (loretamida). E vou. Daí a aula é de manhã e dura 1h. Você tem que aprender a se conhecer. Eu como assim um cream cracker, um suco bem forte. Eu gosto muito de tomar graviola, graviola assim me alimenta muito. Eu fico assim umas 6hs sem me alimentar quando tomo o suco. Eu descobri isso lendo. Eu gosto muito de ler.

Eu tenho uma motinha. Vou pra minha igreja. Vou pra cidade. Boto meu capacete e vou embora. Agora que a policia tá implicando eu não vou muito longe, só perto de casa mesmo.

Entrevista 6

56 anos Feminina Solteira Evangélica

03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e 01 ano e 2 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Minha vida era normal trabalhava e estudava. Aí no final do último ano, que foi quando meu filho se casou. Eu fiz Serviço Social. Eu me formei. Qd em Julho de 2012 já era funcionária do eu trabalhava como auxiliar adm. E foi no banheiro da escola, pois o banheiro da minha casa é escuro. Então eu almoçava, e corria pro banheiro isso no decorrer de um tempo, uns meses, na minha casa toda hora no banheiro eu observei umas raizinhas de sangue, então no colégio um certo dia fui evacuar e saiu mais. Mas até aí tudo normal. Por que acho que a doença ela veio mas não deixei ser vencida por isso, acho que não é por aí. Aí eu tinha uma consulta com um clinico no PAM de Del Castilho, relatei pra ele o que estava acontecendo ele me encaminhou para um proctologista, então naquele sistema do Sisreg que demorava meses para sair, aí levou uns cinco meses, aí quando saiu eu fui atendida no Hospital da Piedade, e onde eles fizeram um exame mais apurado eu achei que foi praticamente a biópsia que fizeram ali. Í eu tive um problema, que a doutora não me relatou o problema que deu adenocarcinoma, ela não me falou pessoalmente, ela escreveu no papel 3 hospitais para eu procurar, assim. Não chegou para mim e disse, é isso.

Ai dali, com o papel na mão, eu estava chorando, uma moça me indicou o administrativo na administração do hospital, aí conversei, deu algumas coisas erradas, pois trocaram meu nome. Mas Graças a Deus, Deus coloca as pessoas certas no nosso caminho. Aí fui e falei com um Sr., ele viu que estava tudo errado, na lâmina, não combinava com meu nome, pois meu nome é um nome difícil, foi um momento confuso lá no Hospital da Piedade. Acho que foi o momento mais confuso de tudo. Mas daí pra cá. Pedi meu encaminhamento pro Inca, pois já tinha passado por essa situação, pois meu pai teve em tratamento aqui devido tumor na face. Ele fez quimio e radio, mas teve metástase. Até aí, eu vim pra cá, pois já conhecia o caminho das pedras. Não me apavorei.

Com o encaminhamento do médico da Piedade eu vim direto pro Inca. Tive que fazer 2 tomografia fora, que estava faltando e qd retornei, no mesmo dia tinha uma vaga para consulta. E comecei meu tratamento., isso era meados de julho, qd chegou dezembro Comecei a fazer a quimioterapia e eu tive que fazer a radio junto. Que começou em janeiro de 2013. E aí começou Graças a Deus.

E eu só tenho a agradecer. Claro um atendimento de vez em qd que uma menina não te atende bem, as vezes tb não tá bem. Mas sempre fui muito bem assistida e no caos que está a saúde hoje, acho que estou bem assistida.

Depois

Mudou muito, muito. A sexualidade eu não sinto prazer nenhum, eu não sinto vontade. Isso mudou muito. Pois eu tinha uma vida sexual muito ativa, e meu parceiro está comigo até hoje, já são 27 anos juntos. Mas aquela vontade de fazer, que é, eu aceito o carinho, mas eu fiquei muito fria, muito fria. Estou fazendo fisioterapia, e a própria fisioterapia segundo o Dr...., é ele disse que isso vem com o tempo, que vem com a estimulação dos músculos, com choquinho dos aparelhos, tudo a parte da incontinência se eu conseguir levar uma alimentação, mais assim dentro das normas eu tenho menos incontinência. Eu ia de 6 a 8 vezes, toda hora eu tava no banheiro, toda hora me sujando, isso me constrangia muito. O que que acontece eu mesmo com a colostomia, eu ia a praia, viajava, eu não me preocupava se ficavam me olhando. Mas a sexualidade, eu mulher, as vezes me incomoda, porque eu pergunto eu quero voltar ao normal, mas eu ainda não to conseguindo. Eu não sei o que tá faltando, eu trabalhar melhor minha cabeça. Porque tudo assim, eu sou extremamente ansiosa, isso também não ajuda, porque se você fica assim ansiosa, isso também atrapalha. Tem alguns projetos de vida que ainda não saíram do papel. Entendeu, então eu quero que as coisas aconteçam, realmente eu tive um baque em abril pois meu filho foi mandado embora do emprego. Sei que hoje pra ele atingir os benefícios, sem falar do salário, não impossível de acontecer mas ele quer fazer por onde. Então essa mudança na vida dele, uma mudança que eu queria muito ter e sair da casa onde moro. A casa onde moro é de herança que eu divido com um irmão. Esse irmão se separou, voltou, ele teve um baque na vida dele, ele ficou preso, um período fechado depois em regime semi aberto, e a casa que nós temos é de herança, de herdeiros. Eu tenho um apartamento, que qd saiu em 2007, eu tirei meu filho do aluguel e dei pra ele morar, porque eu estava morando com minha mãe, ela ainda era viva. Porque depois que meu pai morreu, eu fiquei cuidando dela, porque ela tinha anemia falciforme. Então ela tomava 2 bolsas de sangue por semana e eu dava um suporte.

Não estava preparada para o casamento do meu filho. Não orava a Deus por isso e aí veio o casamento e a minha nora não é aquilo que sonhei, aquilo que eu imaginava. Eu não gosto de hipocrisia. Mas foi a opção que ele fez, então com essa pessoa. Meu filho tb vive lá uma vida dele, eu não faço muita interferência. Deixa muita coisa ele é muito focado na igreja e eu acho isso errado, porque eu acho que a igreja é um complemento de sua vida. Eu fui nascida e criada no

evangelho, mas nem por isso eu deixei de eu consigo enxergar minhas necessidades. Eu acho que as pessoas misturam muito as coisas, mas ele vai chegar a enxergar, ele já está com 35 anos, mas deixa pra lá, cada um é cada um.

Mas voltando a sexualidade, a minha me incomoda a parte sexual, a minha parte do prazer. Quando eu vou para igreja eu vou com minha melhor roupa, me olho no espelho, com as unhas feitas, eu gosto de me sentir mulher você está me entendendo. Mas essa parte sexual do prazer, ela tá guardadinha, ela está estacionada, então eu tô querendo melhorar, não sei se a fisioterapia vai ajudar.

A gente, ninguém tem assim uma vida maravilhosa, eu tenho meus problemas, na minha casa com meu irmão, que a gente tem que cuidar, mas parece que é só eu quero cuidar. Isso me desmotiva me chateia, então to tentando por onde comprar uma casa. Eu não, meu namorado. Tô tentando comprar a parte dos meus dois irmãos e eles não quiseram me ajudar. E isso se agravou com uma discussão que tive com meu irmão mais velho, porque ele tem uma filha com 3 filhos e ele botou na minha casa sem me comunicar. Eu saí da minha casa em janeiro e só voltei em março. Por eu estar na casa do meu filho, que eles sabem que o apartamento é meu. Então eu tive que engasgar, engolir aquilo a seco, vendo só a destruição dentro do apartamento, e meu irmão desde março não melhora nada, nada. Então você vai convivendo com tudo isso, eu não posso chegar pro meu filho, eu já tinha fechado a colostomia. Eu já tava melhorando da IF, já tava conseguindo perceber, só aborrecimento. Tive tb problema na minha igreja. Para você ter uma ideia hoje eu não falo com o pastor nem com a mulher dele. Isso que eu fui nascida e criada naquela igreja. (descreve toda situação de suspeita de pedofilia que presenciou)

Eu não vou a igreja prestar conta aos homens, eu vou para adorar a Deus. É complicado. Eu tive esses problemas todo. (fala dos problemas na igreja e do irmão)

Meu namorando tb adoeceu, ele tem Parkinson,tá controlando mas a gente tá junto a 27 anos. Mas sinto tb que ele não é mais o homem de antes. Depois que eu adoeci a dç dele se agravou, ele chorou muito. Então tive que segurar dele, a onda do meu filho, do meu irmão. Eu não sei a menopausa chegou, eu tive uns calorões. O próprio doutor da fisioterapia, faz uns exercícios pra te estimular sexualmente, se lubrificar. Eu tinha muita lubrificação. Eu sinto um pouco de dor na relação, porque o canal ele fechou um pouco, ele não tá totalmente aberto, Tanto na frente como atrás. E na fisioterapia, ele coloca uma bolinha que dói no ânus, na frente não me incomoda tanto,

na frente sempre foi mais aberto que atrás. Faço choquinho, coloca a bolinha, eu acho que tá tudo igual. O xixi está normal.

Eu tenho que sair amanhã, eu hoje já não janto, eu deixo de jantar, pra não ficar fazendo tanto fezes. Porque se eu jantar a noite de manhã já vou ao banheiro. A nutricionista falou pra mim não substituir um lanche por uma refeição. Mas pra sair eu evito. Eu uso fralda direto. Porque eu solto gases e sai as fezes junto. Eu sinto vontade de soltar os gases, mas não percebo as fezes sair junto. Bem, soltei os gases, me sujei vou ao banheiro, uso o chuveirinho, me troco e fico limpinha.

Só vou a igreja. Vou ao cinema ao shopping, agora viajar, quando tinha colostomia, apesar da estética porque tinha hérnia, eu não me privava de muita coisa, eu comia, saía, abria e limpava. Agora não. É difícil porque você demora no banheiro.

Por mais que você esteja assim, você vai se lava, porque quando tinha colostomia quando enchia, você tinha que esvaziar e o cheiro é horrível, hoje não.

Eu perco fezes na relação, mas meu companheiro me entende, até quando tinha bolsa eu tinha medo de abrir. Mas, onde vou arrumar hoje, alguém que em aceite assim. Qtos maridos eu ouço, que abandonam suas esposas assim. Então ele me aceita assim, vou levando.

Entrevista 7

76 anos Masculino Solteiro Católico

15 anos e 4 meses pós cirurgia colorretal e 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Minha era normal. Eu nem sabia que existia câncer. A gente não sente nada, e só vai qd sente alguma coisa. Aí um dia eu tava no meu trabalho, puxei uma beliche e acho que forçou, e rompeu o tumorzinho e começou a sair sangue. Aí falei pra minha irmã que saiu sangue nas fezes, acho que isso não é nada bom. Então procurei um proctologista, que foi assim mal educado, ele disse: só procura a gente quando não tem mais jeito. Foi me assustando. Ele fez toque. Fiz exame de colonoscopia, aí foi batata, deu positivo. Ai, tive que correr atrás. O plano de saúde, não te dá assim segurança de todo o tratamento. Se você tiver que comprar remédios e tudo mais, não dava pra ficar nisso. Então pra ficar seguro, uma colega conhecia um médico, que conhecia o Dr. Sergio, então daí vi pra cá, passei na triagem. Qd cheguei aqui já abriram meu prontuário, meu examinaram. E falaram que eu tava com muita sorte, pois meu tumor estava 9 centímetros acima do meu ânus. Então falaram que talvez não precisasse colocar a bolsa, mas se fosse preciso não seria definitivo. Foi me animando. A partir daquele dia fui encontrando gente como você, muita gente maravilhosa, uns anjos da guarda comigo (cita os nomes dos médicos), sem falar no meu médico.

Antes a vida sexual era normal. Quando passei no Grupo de Reto o médico perguntou se eu era casado e falou comigo, que se fosse fazer a cirurgia eu ia ficar impotente e seu eu queria fazer a cirurgia assim mesmo. Eu disse claro que quero, eu vou morrer por causa disso. E fiz. Isso não me afeta muito hoje. Porque você já sabe o que vai acontecer, e se você sabe o que vai acontecer, você aceita e segue a vida.

Depois

Eu fiquei 11 meses com bolsinha. Eu tive um prolapso. E teve uma hérnia aqui em cima. E pensei que fossem corrigir na cirurgia, mas não corrigiram.

A gente fica bastante limitado depois da cirurgia. Parte sexual depois da cirurgia ela é completamente instinta. Mas eu fui avisado se queria fazer ou não, e eu disse que tudo bem. E o

outro problema maior é a movimentação de fezes, as fezes não fica mais como era antes, não fica, já tentei, a gente fica muito limitado, já faz 15 anos de cirurgia. Isso me afetou muito. Eu não posso fazer uma viagem longa, não posso ir em passeio, não posso aceitar convites, coisas assim, i comer na casa dos outros, porque já tem que estar sempre num ambiente que a gente tem que ta num ambiente assim que não passe constrangimento, enfim é isso. Eu não perco sem sentir, eu tenho aviso assim, só que não dá tempo, vontade só que não tem um seguimento digo, quando a gente tá normal sem cirurgia a gente tem uma hora, você tem um aviso antes, depois da cirurgia não. Eu não tenho nenhum controle nas minhas fezes

Eu trabalho, eu sou muito assim cuidadoso. E tem um banheiro perto de mim. As pessoas dizem você tem que sair. Viajar, e eu digo e você sabe da minha vida, como é que eu vou sair, viajar. Até para ir na casa da minha irmã na Penha, evito de ir, porque se dá vontade de ir no banheiro, você fica assim sem jeito, você pode perder fezes, lá não como nada, não tomo nem água. Vai que me dá vontade de ir no banheiro, e não para de sair de fezes

Agora no momento estou forrando, mas com papel toalha. Assim por precaução. Eu sinto vontade, não dá vontade de chegar no banheiro. Eu prefiro não usar fralda. Eu acho mais incomodo, faz mais sujeira. Sujo a cueca. Já perdi muitas vezes. Porque se você sentisse vontade e fosse no banheiro e saísse tudo de uma vez seria ótimo, mas não sai. Vai saindo aos pouquinhos. Vai saindo por prestação. Vai lá sai um pouquinho, vai lá e sai um pouquinho. Na vida na gente a gente tem que se adaptar.

Tem muita coisa que a gente não pode comer. O médico disse para mim você não pode comer carne de porco e camarão. Camarão não ligo não, mas carne de porco eu gosto. Tipo se você comer arroz, feijão e farinha parece que fica mais encorpado as fezes. Se comer alguma coisa diferente fica assim fazendo barulho. Eu como batata doce, banana, feijão.

Tem muita coisa que não posso comer. Eu faço uma dieta mais balanceada por causa do colesterol, triglicerídeos, glicose então tenho que manerar em muita coisa mesmo. Eu sou muito detalhista. Então hoje pra vir aqui, fui ao trabalho, levantei mais cedo, tomei café com pão de forma, fui trabalhei até 10:30. E vim pra cá. Não comi mais nada. Qd chegar em casa eu vou comer.

Eu sou muito adaptável. A gente deve esmorecer. Eu não me sinto triste com tudo isso, porque sou uma pessoa adaptável, e aceito as condições em função da doença. A minha urina não está saindo direto, está retendo um pouco, então sai com um pouco de dificuldade, mas é próprio da idade estou com 76 anos.

O meu coco as vezes sai sólido as vezes liquido. Depende da minha alimentação. Se como feijão, arroz, farinha fica consistente. Parece mais consistente. Se tomar uma sopa, um creme, ficando fazendo como barulho de flatus. Porque depois da cirurgia é como abre uma tampa, sai e vai saindo então tenho que ficar lá sentado esperando. Quando levanto tenho que voltar de novo, e isso dura em média 01 h, 2hs. Por isso que não saio mais, vivo numa prisão domiciliar rsrs. Atrás das grades. Mas estou vivo Graças a Deus, estou trabalhando, pagando minhas contas. Eu trabalho de recepcionista na sauna de um clube, então tem um banheiro perto que posso usar e é perto da minha casa também. É um ambiente que tem como trabalhar

Olha eu acho melhor assim, como estou hoje, porque a colostomia é um negócio muito trabalhoso, e eu passei também com aquele prolapso e assustava e não sabia onde ia parar, porque a gente sabe que é o intestino que tá saindo. Ai você fica assim. Pelo menos assim hoje eu estou normal, e se isso me ataca um dia outro não esse problema do intestino, é uma crise do intestino, não é um bicho de 7 cabeça, não é normal, mas tb não é por ai que vou me desesperar. Graças a Deus estou aqui. Tem gente que me pergunta: Porque você ainda trabalha? Eu respondo: eu trabalho por 3 motivos: minha aposentadoria é pequenininha, eu ficar sozinho dentro de casa olhando pro teto, eu sou caseiro, sou pacto, não gosto de ficar na casa dos outros este é o segundo motivo, e o terceiro motivo no meu emprego eu tenho meu plano de saúde. Penha veja só eu com 76 anos pagar um plano de saúde, qto vai ser e eu trabalhando o clube ajuda, eu pago um taxinha. Porque se eu pagar sozinho vou pagar uns R\$1,300-1,500 reais, minha aposentadoria vai só pra isso e o resto! Não tem condições.

De verdade Penha, a pessoa quando vem pra cá, já acha que vai morrer e sobreviver é muito bom, a abordagem do pessoal da oncologia também são pessoas maravilhosas. Tinha também uma pessoa que quando eu estava muito debilitado, passou suplemento pra mim, e media meus braços, qd achou o resultado ela ergueu os braços e vibrou muito. Como não agradecer a essas pessoas, que não sendo da minha família torceram tanto por mim.

Foi tão bom te encontrar, as vezes eu lembrava de você e pensava, como você me ajudou tanto, naquela época que operei e fiquei com a bolsinha. Muitas vezes tive vontade de ir lá, onde você atendia, mas não sabia se você ainda estava lá. Mas foi bom que te encontrei hoje.

Eu sinto que os gases me perseguem. Ai acontece que quando ele vai sair ele empurra aquele resto de coco, que suja. Às vezes eu consigo sentir a diferença entre os gases e as fezes, as vezes não. Não consigo segurar. Você perde o reto, então o pum chega aí e sai sem sentir. Às vezes fico até

2 dias sem ir no banheiro, e as fezes não saem por livre e espontânea vontade. Mas se for sair, fico até 2hs no banheiro até sair tudo. Mas os gases saem. Quando você tem colostomia você não percebe quando vai sair os gases, mas depois que faz a cirurgia de reversão você sente que vem, mas nem sempre consegue segurar. Já teve vezes de eu ta assim conversando com as pessoas e sai os gases e faz barulho, eu fico com uma vergonha. É uma vergonha danada. Mas isso não é sempre.

Meus colegas de trabalho sabem do meu problema. Eles até me ajudam. Qd tenho que ir no banheiro. Moro sozinho. Faço minhas coisas, minha comida. Não dependo de ninguém. Não gosto de depender de ninguém. Gosto de ser livre.

Pelo menos fiquei de um jeito que dá para viver. Tem muitos que operaram na minha época e não estão mais aqui.

Entrevista 8

65 anos Feminina Divorciada Católica

09 anos e 7 meses pós cirurgia colorretal e 8 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Antes da cirurgia, já tinha ficado assim, tinha que ter mais cuidado. Só antes qd eu dava aula eu estava em sala de aula, qd tomava um leite quente na escola, sentia que não me fazia bem.

Eu descobri meu câncer num exame de rotina. Eu tinha acabado de me separar. Então eu vim para a triagem para poder me matricular. Porque já tinha feito 4 cirurgia no exame (colonoscopia) para retirar pólipos.

Então consegui me matricular e fazer a cirurgia, com Dr. . Porque eu me identifico muito com ele. Porque depois de Deus, ele que salvou minha vida. Porque você sabe, você sai de sua casa longe, e o Dr . Foi muito bom e toda equipe dele. Ele me acolheu aqui como médico.

Depois

Minha vida hoje, eu tenho minha família, meus netos.

Eu faço restrição alimentar. Evito certos alimentos. É uma opção na minha vida. Se tem que evitar eu evito. Por exemplo, esses enlatados, comida que tem muita gordura. Eu evito, pois sei que vou ter problemas com meu intestino.

Mas eu sinto bem hoje com tudo.

Qd fiquei com a colostomia. Foi horrível. Tinha a expectativa de fechar. Rezava muito. Quando marcou a cirurgia, marcou uma data que não podia, era o dia que minha filha ia ganhar neném. Desmarquei a cirurgia, porque como eu ia estar aqui, e como minha filha ia estar lá. Então tinha até um médico que dava atendimento em Campos, aí esqueci o nome dele. Falei com ele e ele falou com o Dr..... Ai marcou outro dia, mas minha vaga foi transferida para outra pessoa que precisava operar para tirar o tumor, como é que eu ia não ceder. Eu já estava curada. Depois disso marquei outro dia. Porque o médico que estavam dando preferência para salvar vidas, e eu tive que esperar mais um tempo. Mas ai você pensa, eu to desse jeito mas eu vou sair dessa situação

poxa é uma alegria, porque Deus está te dando a oportunidade de você seguir com sua vida. Depois disso minha já casou, meu filho já casou. Hoje tenho 2 netas lindas e maravilhosas, então é a gente passa por uma situação difícil, mas é superável. Sei lá se você me perguntar é bom, não é. Eu gostaria de estar aqui hoje, não. Eu gostaria de estar em outros lugares fazendo passeios. Mas a vida não é assim. Deus quis que estivesse aqui, Deus não quer isso pra você, mas aconteceu e Deus deu a oportunidade de eu estar aqui hoje, falando com você.

Não tenho vida sexual desde que separei do meu marido. Pra que vou querer, arrumar alguém pra me incomodar agora. Aí, tem que ter o compromisso de cuidar, de cozinhar, já não vou poder sair de casa como gosto, vou ter que dizer onde vou, se concorda. É muito trabalho. Rsrrsr. Tenho meus filhos, meus netos, minha família.

O problema de evacuação é de acordo com minha alimentação, como já te falei. Eu saio vou a igreja, participo das festinhas lá. Sou a doceira. Às vezes dá vontade de ir ao banheiro mas dá pra você segurar, mas se estiver com uma diarreia você não consegue. O pum sai, as vezes sem querer. Às vezes solto pum e perco fezes também. Sinto aquela vontade de fazer o pum, sinto vontade também de fazer as fezes, as vezes dá para perceber as vezes não. As vezes perco pum e perco fezes também. Eu faço minha dietas, mas se eu vou numa festa eu como, não assim uma feijoada, uma coxinha de galinha, um pastelzinho de queijo

Qd saio uso fralda. De repente não sei o que vou comer. Se eu tiver com diarreia, com as fezes mais líquidas, para não passar nenhuma situação de constrangimento eu uso. Por ex. hoje eu to com absorvente, mas tá limpinho. Eu me considero ter uma vida normal mediante tudo. Quantas pessoas gostariam de ter a vida que tenho. Então só tenho que agradecer.

A toda equipe, desde a pessoa que faz a limpeza até o diretor do hospital. E peço sempre isso nunca há de fechar. e ficar perdendo coco, o que pensa.

A prefiro ficar perdendo coco, que se tivesse que ficar com colostomia. Faço todo dia. Ai só vou perder, conforme minha alimentação. Ai tem um leite em latinha que está me fazendo muito bem. Minhas fezes são sólidas. Mas se comer assim alguma coisa diferente, com mais gordura um pudim, eu sei que vou ter diarreia.

Eu já me conheço. Qd vou viajar já sei. Tipo hoje eu comi um macarrãozinho. Mas qd saio, vou numa festa eu controlo o que como.

Sou trabalhadora. Que não dá tempo. Quero publicar meu livro de poesias.FIM

Entrevista 9

75 anos Feminina Viúva Evangélica

15 anos e 01 mês pós cirurgia colorretal e 14 anos e 5 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Eu tinha assim pressão alta, problemas de reumatismos, mas ia levando. Desde que eu era menina, eu batia no banheiro e sangrava e minha mãe falava que era hemorroida né, eu cresci com aquilo. Depois minha mãe morreu e minha irmã me trouxe pra cidade, e assim vim pro Rio de Janeiro e cresci. Qd eu sangrei lá minha infância aquilo me marcou, mas depois cresci, me casei a minha vida mudou e nunca mais tive sangramento. Ai eu comecei assim, já tinha meus filhos, eu comecei a ir no banheiro, e aparecia aquele sangue que pingava, não era hemorragia e comecei a ficar com medo e fiquei três meses assim sangrando e aumentando e eu não quis falar pros meus filhos, porque eu achava que era grave, foi medo, isso foi medo. Aí qd vi que não ia parar mesmo, falei e fui socorrida logo, porque uma amiga da minha filha conhecia o prefeito da minha cidade, essa moça fazia palestra assim pra eleição. Aí minha filha ligou pra ela e marcou um encontro aqui na triagem. Eu já tinha passado pelo Miguel Couto e feito exame lá e a biopsia. Eu fiz um exame que nunca tinha visto uma coisa dessa, foi só com o dedo ela mandou levantar e falou Marinete, isso aqui é problema sério e vai ter que fazer cirurgia de barriga aberta. Nisso minha filha que tava junto, começou a chorar. Mas vim pra cá, passei pelo médico na triagem Dr. , ele falou a mesma coisa. Fez o mesmo exame que a outra médica tinha feito e disse que tinha que fazer cirurgia e barriga aberta. E fiz todos os exames, marquei logo a cirurgia. Fiz aquele exame pra ver o intestino (colonoscopia) e tive uma hemorragia muito forte depois, qd já estava em casa. Minha sobrinha me trouxe pra cá, cheguei aqui muito mal, tive 2 paradas. Mas fui internada. Fui muito bem atendida. Aí fiquei com colostomia um tempo.

Depois

Tá difícil. Pela fé e pelos amigos, pelo hospital. Porque a minha sorte é, que eu cai aqui dentro, porque eu tava mal né, muito mal.

Foi ruim. Foi difícil. Era você que atendia lá na estomaterapia? Me ensinou a cuidar da colostomia. Porque eu mesma aprendi a lavar, mas não trocava, então qd saia e aquilo enchia eu ficava desesperada.

Depois eu fiz a cirurgia pra fechar, levou uns 4 meses pra cicatrizar o lugar. Depois que fechei vida foi melhor. Conseguia ir no banheiro. Eu comecei a me sujar e não conseguir segurar direito o coco depois da cirurgia da vesícula. Eu operei fora do Inca a vesícula. Eu fiquei ruim, porque depois que operei começou a sair muita secreção e minha barriga abriu toda. E meu intestino nunca mais funcionou direito, eu tenho diarreia, não posso comer determinadas coisas, acabou comigo. Eu hoje saio preparada com fralda, é muito difícil conseguir segurar, se for diarreia então, não sinto sair. Eu já fui no mercado e fiquei toda suja. Eu não leite mais, não tomo café com leite, acabaram comigo. Minhas fezes são sólidas e também líquidas, eu não posso comer grão de feijão. Às vezes consigo segurar o pum as vezes não. Eu acostumei a botar sempre um protetor, mas não uso direto tem dia que to bem. Depende da minha alimentação.

Eu vou na igreja, mas me preparo direitinho, se vejo que não to bem eu não vou. Teve um dia que tinha que fazer um exame de tomografia, e eu não pude vir porque tive uma diarreia violenta, e não podia sair de casa.

Acabou não sou mais a mesma pessoa depois da cirurgia da vesícula, do câncer não tive nada, nem lembro que tive câncer, e já faz 13 anos que operei. Mas ainda não me liberaram, mas a última vez o médico pediu os exames pra ver como eu estou, ele disse que tem muita gente, e que eu posso ter alta. Claro eles estão mandando embora quem está curado. Então fiz os exames pra ver se não tenho mais nada, todo ano eu faço.

Eu levo minha vida bem com tudo isso, eu moro com minha filha solteira que tem um filho que criei, e tem um outro neto que criei tb. Eu faço tudo em casa. Eu ajudo todo mundo, minha filha. Eu trato lá clínica da família esses outros problemas de velho.

Sou viúva a 17 anos. Antes de ele morrer já tinha me separado dele, porque ele tinha outra mulher com filho e tudo. Eu não quis saber demais ninguém, porque tinha minha filhas solteiras naquela época. (Obs. Paciente volta a falar da cirurgia da vesícula e de toda complicação após). Eu perdi 14 k. Eu achava que era por causa da diabete. Agora a médica que ta me tratando, disse que estou com problemas de tireoide. Ela disse que não mata, mas pode acontecer muita coisa, e agora to tomando remédio pra tireoide, Eu podia emagrecer, como podia engordar.

Se eu perder o pum na rua o som é alto então ninguém escuta né, mas em casa minha filha briga, ela acha que eu não quero segurar. Ela diz, “mas que vergonha”. Agora o coco eles não notam não, porque o banheiro é perto da cozinha, eu vou lá e me lavo logo. Eu cuido pra ninguém sentir. Eu tomo cuidado, qd sinto vontade de fazer coco eu vou logo correndo, se tiver diarreia vai fazendo assim sujeira. A minha filha reclama que eu fico batendo na porta e gritando pra ela sair logo.

Entrevista 10

41 anos Masculino Casado Evangélico

08 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e 06 anos e 11 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Eu descobri muito recente, fiz cirurgia e fiquei normal. Fazia de tudo. Só nunca fumei. Mas não tinha nada. Eu descobri, qd mudei de cidade comecei a emagrecer muito em 60 dias emagreci muito e muita diarreia. Aí no finalzinho já começou a sair sangue nas fezes. Fiz vários exames até descobrir que eu estava com câncer. Pra te falar a verdade, eu já estava mais ou menos esperando que fosse câncer, porque na família do meu pai teve muita gente. Foi meu avô, tias, meu pai, na família dele é genética, aí já viu. Eu descobri e fui encaminhado pra cá. Fiz todo o tratamento. Operei, fiz quimioterapia.

Depois

Fiquei 1 ano e 8 meses com a bolsinha. Foi incomôdo né. Porque assim, você não tá acostumado com aquilo, você vê até , fica com vergonha, é complicado, complicado. No começo foi muito ruim, depois aos poucos você acostuma com ela e passa o “asco” que você tinha. Não tem jeito, não tem pra onde correr. Eu não sabia que ia fechar. A minha não era definitiva, mas o médico disse que poderia ser. Até qd comecei a fazer os exames pra retirar começou a doer muito, porque na colonoscopia teve que abrir, porque como ficou muito tempo sem funcionar a tripa colou. Qd você sabe que vai fechar, que vai voltar a ficar normal, aí você fica que fica. É outra coisa.

Depois que fechei, voltou a funcionar direitinho. Às vezes tenho diarreia, mas o médico disse que é normal, que mexeu com a flora.

Faço meus exames tudo direitinho, tanto é que estou aqui fazendo revisão. Pra poder pegar novos pedidos de exames, que todo ano faço.

Varia muito minhas fezes, a maior parte do tempo é líquida. Mas consigo chegar no banheiro direitinho. É tudo normal. Dá pra segurar direitinho. Nos seis primeiros meses não conseguia segurar o pum. Era toda hora no banheiro, não conseguia segurar nada. Depois fui me adaptando. Mas foi ficando normal, agora tá tudo normal. Mas no começo foi bem difícil. Me incomodava

muito. Não usava fralda, mas tb evitava sair. Qd tinha que sair só mesmo o hospital. Mas 01 ano depois já estava bem.

A urina é normal.

Minha vida sexual é normal. Nunca cheguei a perder pum na relação nem fezes.

Hoje estou como se nada tivesse acontecendo comigo. Eu trabalho. Faço tudo. Como de tudo. Não faço nenhum controle de alimentação.

Se tivesse de ficar com bolsa, não tinha jeito né. É melhor ficar com ela e viver. Nunca tive problema de falar para as pessoas que estava com câncer, todo mundo ficava me perguntando porque eu estava emagrecendo, e eu dizia. A gente não pode se entregar. Nunca me entreguei. Tem que lutar. Olha eu, hoje estou bem.

Entrevista 11

55 anos Masculino Casado Evangélico

03 anos e 4 meses pós cirurgia câncer colorretal e 01 ano e 7 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Sentia dor e sangramento. No começo pensei, tinha os hospitais que tava superlotados, tendo algum vírus, assim os médicos tavam pedindo, pra ir só no caso de urgência. Aí eu esperei, nisso que esperei demorou, e as fezes modificaram ficaram escuras e finas. Mas começou eu levantado pra urinar, tinha que defecar, não fazia uma coisa nem outra não consegui urinar sem defecar era complicado. E sentia dor. Fiz um exame particular, mas não achei um médico legal pra mim. Fiz todos os meus exames e o médico não falou nada pra mim. Outro passou remédio nenhum. Chegou então numa fase que não estava aguentando mais sentar, doía pra sentar, doía. Fiz a biopsia em Marechal Hermes e com conhecimento, conheci uma enfermeira que trabalhava aqui, que me orientou. Qd cheguei aqui pra fazer a triagem, confirmou então a doença. Fiquei abalado, mas a gente deixa na mão de Deus. Aí qd cheguei em casa, minha esposa falou: você está com câncer e tem que se cuidar. Então eu disse: tá bom e fui fazer uma oração. Comecei o tratamento, quimioterapia, cirurgia, Graças a Deus deu tudo certinho.

Depois

Fiquei com a bolsinha e vou te dizer foi uma barra. Porque a cirurgia demorou um pouquinho, porque tinha muita gente.

Pra você ter uma idéia tive que fazer exame particular, pra poder agilizar e operar. O Dr. Rafael disse: pode ser que você nem precise usar a bolsa.

Aí eu fiz a cirurgia e colocaram a bolsa, eu perguntei para o Dr se era definitivo, ele disse que era no máximo por uns seis meses, só que esses seis meses levou quase 2 anos, esperando pra fechar. Porque tinha muita gente, uma hora não tinha anestesista. Esse período foi complicado.

Mais complicado foi lá pra frente, porque saiu pra fora, fez prolapso. Se deitava melhora, mas era só levantar que saía pra fora. Tive que aumentar o tamanho da bolsa porque não tava suportando, depois começou a descolar, era complicado.

O que fiquei mais triste, foi que não podia fazer nada, não podia ir a lugar nenhum. Se fosse tinha que ir preparado, tinha que reforçar ao redor da bolsa, colocando fita, porque se não descolava, não sei se era por causa do tamanho e peso. Talvez fosse o peso. Ela descolava de madrugada, eu levantava, eu trocava, eu tomava banho, qd era 2 horas depois descolava tudo de novo. Era depois do almoço.

Tinha dia que eu não ia no quintal. Qd recebi o telefonema para fazer a cirurgia. Ahhhh Meus Deus que delícia. Aí cheguei aqui fiquei uns 2 dias, não deu pra fazer. Chegou uma cirurgia de urgência, e não dava pra fazer a minha. Acabou pra mim. Me deram alta pra na próxima semana me chamarem.

Essa próxima semana durou foi meses. Mas tb qd chamaram, cheguei aqui no domingo, passei o domingo, segunda, terça, vai hoje, vai hoje, caramba. Que isso. Aí passa um filme na cabeça, o maior stress. Nisso todo mundo ligando para mim, falei para orarem pedindo forças.

Eu fazia tudo (preparo pré operatório para fechar o estoma intestinal, que inclui a lavagem pelo ânus e pelo estoma). Teve um dia que a enfermeira falou: se prepara que vão vir te buscar! Não comi nada. Passou 1 h, passou 2, chegou 4 já estava passando mal. Aí levantei e fui lá naquele lugar, onde ficam e falei para enfermeira: por favor, verifica aí se vou operar, estou quase desmaiando de fome. Ela falou tudo bem, vou mandar um lanche para você.

Aí nesse momento você pensa: hoje você não vai ter cirurgia só amanhã. No outro dia, passou a visita dos médicos, e na visita a médica falou que tinha cirurgia naquele dia, mas tinha uma sala e tres cirurgias. Pronto eu falei: não vai ser hoje. Dito e feito. Ficou para o outro dia. O maqueiro foi lá. Tudo isso com autorização para anestesia e tudo mais. E aí umas 11hs eu subi para o centro cirúrgico. Foi complicado.

A cirurgia foi rápido o que demorou mais foi a anestesia, porque a anestesia foi local, mais ficou eu fiquei com as pernas muito tempo sem se mexer, e eu só podia sair de lá qd pudesse mexer com as pernas.

Depois da cirurgia (do fechamento do estoma intestinal) meu intestino voltou a funcionar normal. Mas eu tenho que controlar. Se eu sentir um negocinho, eu vou logo. Não pode sentir vontade né. Começou vai logo porque não segura. Já aconteceu acidentes no trabalho, mas trabalho sozinho, resolvi tudinho, deu tudo certo. Nunca usei fralda. Só usei um dia que tive que fazer exame. Porque a urina não ficou boa e eu não controlo. Não posso sentir vontade. Porque se sentir vontade eu já

vou pingando no banheiro. Então procuro não sentir vontade. Procuro ir no banheiro regularmente, eu me programo.

Controlo minha alimentação. Tive alta da nutricionista. Aqui fiz uns exames aí, e to descontrolado na aí to controlando, tudo sem açúcar. Tenho um médico que em acompanha l á posto de saúde perto de casa. Eu gosto muito de salada. Salada eu gosto muito uso azeite, eu não posso comer muito, por que ela solta um pouquinho. Então só como no almoço e fico depois 3- 4 dias sem comer.

Sexual

Vida sexual eu fiquei um pouquinho prejudicado. Sinto muita pouca vontade. E não consigo ter relação. Tb não sei minha esposa está com problemas com a mãe com o pai, e aí já viu junta uma coisa com a outra. Vou levando, eu as vezes sinto vontade, e eu me satisfaço e tal. Mas com ela não tô conseguindo ainda não. Tenho ereção, mas não é suficiente. O médico me encaminhou pro urologista e passou um remédio pra mim. Minha esposa falou: Vamos tentar fazer aí sem remédio, acabou que não aconteceu isso. Isso me abala um pouquinho. Antes da cirurgia já era assim complicado, porque pra ela nunca tava bom, tava com dor nas costas. Já tinha dificuldade, eu tinha vontade e ela não tinha, agora juntou os dois. Vamos ver aí pra frente se melhora alguma coisa. Tô trabalhando.

Só de passar o deserto que passei, tá uma maravilha, tá bom demais. Vida que segue.

Eu sinto uma dorzinha um incomodozinho aqui embaixo. Até me assustei. Aí passou. Agora a pouco tempo senti de novo. Foi menor. Mas como tenho consulta hoje, vou falar com o médico. Pra ver se dá pra fazer o exame de próstata, né.

Entrevista 12

72 anos Masculino Casado Católico

09 anos e 6 meses pós cirurgia câncer colorretal e 08 anos e 8 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

É o seguinte eu não sabia que isso existia, câncer. Eu ia toda hora no banheiro. Eu fiquei um ano assim. Eu sou uma pessoa que procuro o médico só em última instância. Um primo, uns conhecidos davam o nome disso, Gonorreia é o nome, gonorreia. Isso eu discutia assim, entre homem. E falavam que era gonorreia. Saia um liquido assim pelo intestino. Até que não aguentei mais e tive que procurar o médico. Eu tinha vontade de ir no banheiro, mas não saia coco, saia um liquido, um liquidozinho. Aí teve uma vez que não aguentei mais, procurei um médico paguei a consulta ele me indicou a triagem para fazer exames, qd foi comprovado que eu tava com câncer no reto. Mas não sentia nenhuma outra coisa. Foi verificado que era câncer, e eu tive que ser operado.

Depois

Até retardou, demorou muito pra sair minha cirurgia, e acho que por isso que tenho esses problemas que tenho até hoje. Que é a urina solta. Eu tenho que ir no banheiro de 2-3 hs senão faço na roupa, na cama, eu perco urina. A princípio eu pedi pra ir no urologista mas ele me tratou tão mal, que eu não quis voltar.

Estou com 72 anos, já operei uns 15 anos. E agora recentemente descobri que não tenho próstata. E outra, me parece também que foi tirado pedaço da bexiga, e to descobrindo isso agora, eu tive infecção urinária a uns 2 meses atrás, e fui procurar médico, eu tenho plano. Eu tava numa farra num sitio aí, e tive que voltar as pressas pra emergência, qd tocava na barriga era uma dor danada, por causa da infecção urinária. Eu faço de vez em quando umas coisas erradas, eu tomo umas cervejas, mas ninguém nunca me proibiu tb. Então as vezes que passo do limite eu nem sinto que to urinando, e tem dia que tomo um pouco mais umas 2-3 cervejas, até 4 vamos dizer assim, não tem problema nenhum.

Qt ao intestino, eu tenho uma esposa muito boa, que cuida de mim nessa parte de alimentação, compra muito verdura pra mim, e me cuida muito bem. Acho que se não fosse ela, seria muito pior.

Eu não evacuo legal, porque olha que nunca contei isso nada pra ninguém, to contando agora aqui pra senhora, a minha costura no ânus, que foi grampeado, eu até sei isso, porque depois da minha operação eu ia no banheiro e sentia grampo que até saía qd me limpava. Me parece que esse serviço não foi bem feito, pode até ter sido, eu leigo como pessoa leiga, eu acho que me faz falta o que me foi retirado, porque me foi retirado umas tripa, e ficou um vácuo o meu coco no caso antes da saída ele encontra um oco aí e não consegue sair. Geralmente eu tenho meu jeito, eu uso o chuveiro, eu toda noite tenho assim, que fazer uma lavagem, não introduzo o aparelho dentro, só encosto, só entra a água.

Eu já cheguei de perder, qd tive diarreia umas 2-3 x, a gente vai ficando mais velho, e vai aprendendo, não pode ficar ralo, tem ficar sempre grosso. Tens uns comprimidos lá que tomo assim para controlar. E não pode ser duro demais se não sai. No começo eu fiquei sei lá, perdido, e tive que arrumar um jeito. O pum eu controlo, sinto vontade. Se comer pão, dá mais.

Se for mais forte não consigo. Só usei fralda(absorvente) por causa da urina. A vida vai ensinando a coisas pra gente, se beber muita água, eu tenho que regular. Hoje se eu janto, eu tenho que regular a quantidade de água, pois se não faço na cama,

Eu trabalho até hoje, uma loja de conserto de ventilador. Mas no sábado vou pro sitio, tenho um sitiozinho que vou todo final de semana, e minha família implica um pouco comigo pra não fazer esforço.

Tem outra coisa depois que operei pra defecar tinha que fazer muita força, e isso fez uma hérnia que operei. No ânus hoje não sinto mais.

Hoje fico meio chateado, porque minha operação demorou pra ser feita. Eu fiz quimioterapia e radioterapia e creio que tinha ser operado logo, mas demorou muito, pois não tinha vaga aqui. Tanto é que operei naquele outro hospital na rodoviária e depois voltei pra cá. Essa demora o câncer me prejudicou mais, isso me prejudicou. O Dr. nunca me falou que tinha tirado minha próstata.

Fiquei 01 com colostomia. É chato, muito chato, chato. Me sentia envergonhado, não saía, não trabalhava. A doutora que operou a colostomia não fez a coisa direito. Ficou um calombo aqui.

Eu falei pra ela, ela disse: agradeça o que foi feito, agradeça a Deus !!!!!

Eu me sinto bem. Mas o que me pegou mesmo, foi a falta de sexo. Eu sinto, muito, muito a falta de sexo. Porque a cabeça pensa e o corpo não obedece. Não consigo ter ereção. Tentei 01 vez,

comprei viagra, mas não foi bom. Antes era tudo bem, sempre fui um cara com saúde. Uma vez pedi um urologista, porque sem ereção, sem nada, ele veio pra mim com tanta grosseira, e eu fiquei na minha, senão ia dar na cara dele. Ele falou assim: que sexo nada, Graças a Deus eu estava vivo, que não tinha que pensar em sexo.

Eu ainda mesmo com essa idade sinto falta. Mas vou levando a vida, vou passando a mão na mulher, sacanagem, abraço, beijo. Fico chateado, porque não dá em nada.

Entrevista 13

57 anos Masculino Casado Católico

02 anos e 9 meses pós cirurgia câncer colorretal e 4 meses pós fechamento do estoma intestinal

Antes

Tinha vários problemas. Bebia muito e fumava muito. Sentia dores na barriga, nas costas e o tempo foi passando, quando foi que tive problemas no testículo, de vez em quando inchava e sangrava, como se fizesse umas feridas, tipo furúnculo, assim cheio de buraquinhos. Só que daí começou a sangrar demais. Fui no urologista ele olhou, fez o toque e disse nós não vamos ver isso agora, eu vou encaminhar o senhor para o proctologista, e marquei consulta no mesmo lugar aonde pagávamos um planozinho numa clínica. Fomos no proctologista, ele fez um procedimento, com preparo em que ele olhou o intestino e disse: Nós não vamos tratar do seu testículo agora, vou encaminhar o senhor para fazer uma colonoscopia. Nem sabia o que era isso, daí ele me explicou. Daí pensei, como vou fazer isso. Ele disse que tinha particular e público, mas que precisa fazer urgente. Nesta época minha filha tava fazendo enfermagem num hospital, e lá ela conseguiu pra eu fazer o exame. O exame constatou que tinha um tumor de 5 centímetros. Mas eu não sentia nada antes disso. Sim, as vezes também tive sangramento pelo ânus, mas não contava nada para ninguém. Eu nessa época brigava muito com minha esposa, porque fumava muito e bebia muito.

E voltei com o resultado no proctologista com minha esposa. Ele disse que eu tinha que procurar o Inca. Mas aí, eu não quis vir. Como estava tratando com o neurologista, de problemas de dor, e do meu nervoso. Quando fui na consulta, a minha esposa falou para ele do meu problema. E ele me encaminhou na hora pro Inca, que eu tinha que vir imediatamente. Eu perguntei: Mas como vou chegar lá? Ele disse: Eu vou te dar esse encaminhamento, e você vai cedo e entrega lá. Minha esposa veio antes se informar. E viemos na triagem e começou todo o tratamento.

Depois

Fiz a cirurgia e fiz quimio, fiz radio. Passei muito bem. Não sentia nada.

Fiquei com colostomia por 2 anos. Foi muito ruim. Fiquei deprimido, não saía de casa. Não ia pra rua. Não saía pra passear. Quando vinha na consulta o médico dizia pra levar uma vida normal. Nisso a única coisa boa foi que parei de fumar e beber, desde o dia que internei pra operar. Trocava sozinho. No começo minha esposa trocava no começo, mas as vezes ficava nervosa. E ficou muito machucado a pele, daí viemos um dia e a doutora encaminhou a gente para a estomaterapia e lá

que ensinaram a cuidar direito, a trocar a bolsa, a lavar, a cuidar da pele. Muito boa ela (estomaterapeuta). Até chorei no dia que fui lá, ela me explicou tudinho. Aí comecei a trocar as bolsas aqui. Até que fui encaminhado para pegar as bolsas perto de casa. Aí continuei então a trocar sozinho. Só não saía pra nada. Só saía com minha esposa. Achava que sempre estava fedendo. Mas até que comecei a me sentir mais seguro e comecei a vir sozinho pras consultas, comecei a sair pra pagar as contas.

O médico disse que era por seis meses só, nisso levou 2,5 anos. Depois que operei fiquei muito bem, a única coisa que incomodava era o intestino pra fora. Mas médico explicou que tava demorado porque tinha muita gente na fila, para operar o câncer. E como eu já tinha feito a cirurgia, a prioridade era para era essas pessoas.

Estava tudo bem até que comecei a me sentir mal. Com muitas dores na barriga, assim no estômago, me sentindo enjoado. E tive que ser trazido pro hospital de urgência, fiquei internado porque o médico disse que estava com o intestino obstruído. Já fazia 2 dias sem fazer coco pela colostomia. Comecei também a vomitar.

Nisso, fiz Rx, coloquei sonda no nariz. E tive que operar de urgência.

Depois da cirurgia, o médico me avisou que aproveitou e fechou a colostomia. Fiquei uns 4 dias internado e fui embora.

Depois nos primeiros meses, fiquei assustado, colocava fralda, tirava fralda, e não saía do banheiro, fiquei assado, nervoso, desesperado. Só começou a melhorar a uns 3 meses. Tem dia que vou 1x ao banheiro e tem dia que vou umas 6 vezes. Mas agora já consigo segurar, porque antes não dava. As fezes já estão normal, pastosa. Dá à vontade, consigo segurar até ir no banheiro. Não consigo segurar o pum. O pum solto em qualquer lugar.

Não como nada de frituras, nada de cru, nada de folhas foi a nutricionista que falou, nada de enlatado.

Sinto quando é gases e quando é fezes.

Pra namorar não tá bem. Tenho vontade. Mas tenho medo ainda de relacionar. Tenho ereção mais ou menos, daí dá medo, de dar problema. Mas tamo levando.

Antes da cirurgia funcionava normal, com minha esposa.

Depois de fechar colostomia, tô me sentindo muito bem, saio sem camisa, antes com a colostomia não.

Prefiro sem colostomia

Passou

Entrevista 14

71 anos Masculino União estável

04 anos e 7 meses pós cirurgia câncer colorretal

Antes

Antes da cirurgia era normal, ia uma vez no banheiro. Antes da cirurgia era tudo normal. Já estava aposentado. Eu tinha sangramento, foi quando descobri que tinha câncer. Fui no médico e ele disse que era hemorroida, e eu continuei sangrando. Nisso levou uns oito meses. Fui e troquei de médico, e ele pediu colonoscopia e deu o câncer. Nisso, pedi pro médico o encaminhamento pra cá. Deu tudo certo. Comecei o tratamento, fiz quimio e radio antes da cirurgia.

Depois

Fiz a cirurgia. Sabia que podia colocar a bolsinha, mas não precisou. Eu tenho diarreia, só quando como gordura, fora isso é normal, no formato normal. Consigo segurar, até chegar no banheiro. Já usei fralda, depois da cirurgia, que tinha diarreia e não sabia o que era, ia toda hora no banheiro. Passei numa consulta com o médico Dr., que avisou que eu não ia mais ser normal como era antes. Eu tirei uns 25 centímetros do intestino grosso e também um pedaço do reto. Então sei que posso ter essas alterações. Não posso extrapolar certas coisas. Tipo assim, normalmente estou bem, hoje estou bem. Eu sei quando vou ter esse problema de diarreia. Quando como gordura animal e abacate. Tirando isso faço normalmente. De manhã eu vou 3-4 x ao banheiro. Hoje por exemplo, eu fui de madrugada, e depois fui mais três vezes. Essa frequência é normal o coco, não é diarreia. Eu não tenho incontinência. Tenho incontinência só quando como alguma coisa que não devo.

Eu me conheço, eu conheço meu organismo. Levou um tempo até eu conseguir isso, uns três anos. Antes disso, de conseguir controlar, eu andava com a fralda na bolsa, eu não sabia porque passava mal. Só usava quando tinha diarreia. Não sentia. Me sentia constrangido. Se sentisse que apertava eu usava.

Desde que operei. Não uso mais sunga, cueca. Só uso essas cuecas de praia, porque é assim mais grossa e retém a água. Não deixa passar nada, se por acaso eu perder alguma coisa. E precaução. Ela retém as fezes, por mais que seja liquido, não passa pra calça, não constrangimento.

Minha é vida normal.

Pra namorar deu alteração, não sei se é por causa da idade a frequência diminuiu bastante. Ainda bem que minha mulher é compressiva. Não sei se isso tudo é efeito da idade, se é efeito do tratamento que fiz, não sei se isso tudo soma.

Não tenho nenhum desejo, nenhum libido. Não quero tomar nenhum remédio, não. Não consigo ter ereção. Isso faz de um ano pra cá. Antes da cirurgia era normal, depois da cirurgia também, tinha relação normal. De um ano pra cá que estou assim.

Mas isso não me afeta não. Minha vida sexual foi muito boa. Às vezes dá assim uma saudade. Mas levo isso numa boa. Sem problema.

Minha esposa não me cobra. Eu tenho assim umas dúvidas, não sei ela não me cobra por causa dos problemas que passei, ou porque ela também não tem vontade, isso eu não sei.

Ela tem 52anos, ela tá na menopausa, com aqueles calorões. Mas ela sempre esteve do meu lado.

Porque tem uma grande parte do tempo, ela fica na casa dela, eu na minha. Agora ultimamente ela tem pedido pra ficar mais na casa dela. Não sei se ela tem medo que tenha outra na jogada. Não sei se ela tá encasquetada. Mas eu sei das minhas deficiências.

Tem muita mulher aí carente, né. Eu podia tomar um remedinho, aquele azulzinho e ter ereção. Mas não é só isso, tem que ter afinidade um com o outro Tem que ter algo mais.

Mas também um homem na minha idade, se uma mulher bonita olha, não é porque sou bonito, é por causa do dinheiro rrsrs. Ela me cobra muito que não quero casar com ela. Eu sou divorciado da primeira mulher. Mas eu tô querendo fazer o papel de união estável com ela. A gente não sabe o dia de amanhã.

FIM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrões de Cuidados de Enfermagem para Clientes com Câncer Colorretal: intervenções nas disfunções pós cirurgia Pesquisador: Maria da Penha Schwartz Área Temática: Versão: 3
CAAE: 58180216.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro • - UNIRIO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1 783.537

Apresentação do Projeto:

Os clientes com diagnóstico de câncer colorretal, vivem a expectativa de que após terem feito o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia, terem convivido com estoma intestinal temporariamente, acreditam que após o fechamento do estoma intestinal provisório, sua vida será normal após o término deste ciclo em sua vida. Ocorre, que eles passam a terem que conviver com as sequelas advindas da cirurgia, que impacta na sua totalidade de viver com qualidade de vida. Pois passam a terem que utilizar fraldas devido à perda fecal, que pode ser por incontinência fecal, associado a urgência fecal, e associado também a perda urinária'. Também à dificuldade de distinguir a eliminação de flatus, bem como a perda da sensibilidade: pois por vezes perdem fezes e flatus sem sentir. Além disto, há a questão da sexualidade, pois eles não sabem como lidar e não tem orientações de como lidar com esta temática. Todas essas dificuldades de adaptação contribuem para o desafio de enfrentar situações de ordem física e emocional. Percebi, então a necessidade em se preparar e orientar o cliente com câncer colorretal, quanto a estas alterações corporais e fisiológicas advindas da complexidade da cirurgia em todas as fases do pós-operatório. Isto porque, não é a cirurgia que me incomoda} mas as drásticas consequências que ela provoca na adaptação no seu modo de viver e no exercício de sua sexualidade, principalmente naquilo que lhe é mais subjetivo e ao mesmo tempo real, que é o conhecimento que seu corpo sofreu processos de mutilação interna.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Por outro lado, as enfermeiras têm dificuldades de cuidar destes clientes. Elas são capazes de propor condutas de cuidar a partir da patologia e do tratamento realizado, mas discutir as dificuldades sentidas e informado pelos pacientes relacionadas as disfunções advindas da cirurgia, primeiramente por não conseguirem fazer um diagnóstico para intervenção de enfermagem e a ausência de um padrão que possa ser orientado. Assim, definimos como objeto de estudo: a identificação de padrões de cuidados de enfermagem, para clientes nas disfunções pós cirurgia decorrente de câncer colorretal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

a) Encontrar padrões de cuidar de enfermagem, nas disfunções após a cirurgia por câncer colorretal e o quanto isto altera no modo de viver e de exercer a sexualidade, destes clientes. Objetivo Secundário:

a) Identificar caracterizando os padrões de cuidar nas disfunções de clientes após a cirurgia por câncer colorretal;b) Caracterizar a partir das falas dos clientes seus modos ou estilo de viver e de vivenciar/resgatar sua sexualidade pós cirurgia por câncer colorretal;c) Elaborar um instrumento específico para cuidar das disfunções pós cirurgia por câncer colorretal, a partir do que sabem e falam sobre o tema;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo oferece riscos mínimos, pois os clientes já terminaram todo seu tratamento. Entretanto se apresentarem desconforto referente à lembranças de situações desagradáveis vivenciadas no processo do tratamento, serão encaminhados para suporte no Serviço de Psicologia da unidade hospitalar onde se desenvolverá o estudo.

Benefícios:

Dentre os benefícios da pesquisa será conhecer, avaliar e contribuir na recuperação do (a) cliente submetido (a) à cirurgia devido câncer colorretal, buscando caminhos e estratégias de ação educativa para a construção do conhecimento nessa área. Dado ser um estudo sem benefício direto ao indivíduo, assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. Mesmo não tendo benefícios direto aos sujeitos do estudo, os efeitos se dará de forma indireta, tendo em vista que o conhecimento produzido da realidade estudada servirá de subsídios para criarmos padrões de cuidados e desta forma contribuir na reabilitação dos pacientes que realizam, passam por este procedimento cirúrgico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: adequados

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

-

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 748411. df	05/10/2016		Aceito
Outros	Pendencias_CEP_INCA.pdf	05/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Outros	Comentarios_CEP_INCA.pdf	05/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto Doutorado 23 Agosto 2016.do c	04/10/2016 04:09:07	Maria da Penha Schwartz	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Investigador	Projeto_Doutorado_23_Agosto_2016.do c	04/10/2016 04:09:07	Maria da Penha Schwartz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Agosto2016.doc	04/10/2016 03:48:34	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	doc.pdf	15/07/2016 01:25:39	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Orçamento	Gastos_projeto.doc	15-07-2016 01:18:57	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/07/2016 00:12:41	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/07/2016 00:01:49	Maria da Penha Schwartz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Outubro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrões de Cuidados de Enfermagem para Clientes com Câncer Colorretal: intervenções nas disfunções pós cirurgia Pesquisador: Maria da Penha Schwartz

Area Temática:

Versão: 1

CAAE: 58180216.9.3001.5274

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.837.731

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO: Conforme informados pelo pesquisador

Na minha trajetória profissional como enfermeira estomaterapeuta (especialidade da enfermagem voltada para o cuidado a pessoas com estomas, feridas e incontinências), atuando em um hospital público referência no tratamento oncológico na cidade do Rio de Janeiro, chamou-me a atenção os pacientes após o fechamento do estoma intestinal Provisório por câncer colorretal. Os clientes me procuravam por busca espontânea e indagavam quanto a mudança no hábito intestinal e as intercorrências como incontinência fecal, a ida várias vezes ao toailete e presença de dermatite perianal. Relatavam sentirem-se constrangidos e com medo de ter uma vida social e laborativa, e utilizavam absorvente ou fralda, devido a incontinência anal. Além de questionarem e buscarem uma resposta, quanto ao fato de acharem que teriam uma vida normal, após a finalização de todo o tratamento do câncer colorretal. Outras vezes recebia estes clientes com parecer médico para tratamento da dermatite perianal. Na busca de

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 SALA

Bairro: CENTRO

20.231-092

Município: RIO DE

Telefone: (21)32074550

Fax:

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



GOMES DA SILVA - INCA

Continuação do Parecer: 1.837.731

conhecimentos para ajudar a esses clientes. tomei conhecimento que os clientes após o fechamento do estoma intestinal provisório, devido cirurgia por câncer colorretal, passam por um período de "adaptação" quanto ao hábito intestinal* por vezes sem melhora efetiva e quanto mais baixa for a anastomose coloretal, coloanal, estes desenvolvem a Síndrome Pós Ressecção Anterior de Reto, que se caracteriza por incontinência fecal para fezes elou flatus, urgência fecal e aumento da frequência de eliminação feca[A opção de estudar esta temática, tornou-se então para mim que trabalho com clientes com este diagnóstico, um de meus maiores desafios no plano de cuidar, quando eles finalizam todo o processo do tratamento para o câncer colorretah devido não haver um programa ou protocolo de cuidados de enfermagem a estes clientes. Visto que para eles o fechamento do estoma intestinal provisório é a finalização de uma etapa em suas vidas, bem como o término de todo o tratamento do câncer colorretal pelo qual passaram como quimioterapia, radioterapia, cirurgia curativa. Entretanto, passam então a ter que conviver com as sequelas da cirurgia porém, não estavam orientados e preparados para estas mudanças em seu corpo, que repercutiam em seu modo de viver, no retorno as suas atividades cotidianas, e por vezes no exercício de sua sexualidade, Essas consequências são resultantes do tratamento curativo para o câncer de reto médio e inferior que implica em altos índices de complicações e morbidade que resultam em alterações objetivas como, por exemplo, resultado cirúrgico satisfatório e as subjetivas como as mudanças no corpo em longo prazo. Destacam-se as mudanças nos distúrbios anatomo funcionais importantes como urgências e incontinência fecal e de flatus, e particularidades no que diz respeito ao comportamento do corpo modificado e o grau de adaptação frente à doença (SANTOS et al. 2014). Para ambos os sexos a cirurgia* pode levar a incontinência urinária ou bexiga neurogênica, necessitando realizar cateterismos vesicais intermitentes várias vezes ao dia. Para as mulheres, conforme a localização do tumor pode ser necessária a realização de colpectomia total ou parcial o que dificulta ou impede a realização do coito vaginal e para os homens a disfunção sexual. Os benefícios trazidos pelas novas técnicas cirúrgicas e pela utilização da radioterapia e quimioterapia trazem, por sua vez, efeitos adversos, impactando diretamente nos resultados funcionais obtidos. O aumento da frequência e urgência evacuatória e as disfunções sexuais e urinárias podem ser encontradas nos pacientes tratados e influenciam diretamente na qualidade de vida dos mesmos. Uma vez que excelentes resultados oncológicos têm sido alcançados levando a um aumento da sobrevida, tornou-se patente a preocupação com os resultados funcionais deste tipo de abordagem terapêutica, assim como os mecanismos envolvidos em sua gênese e as possibilidades de otimizá-los (FRANÇA NETO, 2009). Pensando nos clientes que cuidamos e no que temos que fazer para ajudá40s, também achamos pertinente pensar no plano subjetivo que envolve seus estilos de vida após a cirurgia, isto é, o CORPO como produtor de subjetividades, que não é uma tarefa fácil de apreendê-lo em sua totalidade, mas não podemos falar dela sem compreendê-la, já que nosso estudo envolve o corpo com câncer colorretal, o que exige de nós problematizar amplamente essa realidade de nossa prática

Hipótese:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 SALA

Bairro: CENTRO

20.231-092

Município: RIO DE

Telefone: (21)32074550

Fax:

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

Os clientes que fazem cirurgia devido câncer colorretal têm seus corpos modificados, exigindo da enfermagem cuidados específicos para adaptação no seu viver e no resgate de sua sexualidade.

Metodologia Proposta:

Estudo de abordagem qualitativa, exploratória com clientes submetidos a cirurgia, devido câncer colorretal avaliados pós término do tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), que estejam em acompanhamento com consultas de rotina no ambulatório de cirurgia abdômino pélvica do Hospital de Câncer I - INCA. A amostra será constituída de 30 participantes. A pesquisa será realizada no consultório de Enfermagem do Ambulatório da Cirurgia Abdominopélvica, do Hospital de Câncer I Instituto Nacional de Câncer na cidade do Rio de Janeiro. O ambulatório de cirurgia abdomino pélvica é responsável pelo acompanhamento de pacientes submetidos a cirurgia do trato digestivo e pelve. No pré e pós operatório, e no follow-up após término do tratamento. A coleta de dados será realizada através de questões abertas com a gravação das entrevistas em gravador digital para pós análise e produção dos dados desses participantes, e que será orientado por estas questões abertas (apêndice II) com a finalidade de atender a proposta do estudo. Será coletado dados referentes a cirurgia e tratamento realizado do prontuário do cliente (apêndice I), no dia do seu comparecimento para consulta médica de rotina no ambulatório de cirurgia abdômino pélvica, após ter aceitado em participar do estudo e da entrevista com a pesquisadora.

Critério de Inclusão:

- Clientes pós cirurgia e pós término do tratamento para câncer colorretal, atendidos no ambulatório de cirurgia abdômino-pélvica do Hospital do Câncer I - Instituto Nacional de Câncer; - Com idade a partir de 18 anos;

Critério de Exclusão:

- Clientes com câncer colorretal, que não foram submetidas à cirurgia;
- Clientes com câncer colorretal que realizaram cirurgia e foi realizada colostomia definitiva; - Clientes que ainda estejam com colestomia provisória;
- Clientes que estejam em tratamento adjuvante com quimioterapia ou radioterapia;

03 da

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 SALA

Bairro: CENTRO

20.231-092

Município: RIO DE

Telefone: (21)32074550

Fax:

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

Metodologia de Análise de Dados:

Da Organização e Análise dos Dados: A análise dos dados se fará com a escuta dos entrevistados e categorização conforme for se relacionando os achados das respostas dos pacientes as questões abertas. A organização e a análise dos dados serão realizadas por análise de conteúdo por ser uma análise de "significados" que BARDIN (2010) diz exemplificando: a "análise temática", embora possa ser também uma análise dos "significados (análise lexical- análise dos procedimentos). Por outro lado, o tratamento descritivo constitui uma primeira fase do procedimento sobre a linguística e a semântica por ser uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximativas, subjetivas para pôr em evidência com objetividade a natureza e as forças relativas dos estímulos a que o sujeito é submetido.

Para organização da análise dos dados produzidos com as respostas das questões abertas, utilizaremos as etapas sugeridas:

- 1) Pré análise;
- 2) Exploração do material;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação,

Para auxiliar na análise textual do material produzido, também será utilizado o Software IRAMUTEQ. A escolha deste software deu-se por ter o download gratuito e de fácil uso- Permite fazer análise do texto e sobre tabelas indivíduo/palavras. Será utilizada como análise a Nuvem de Palavras, que agrupa as palavras e as organiza graficamente, em função de sua frequência. Depois de feito, será realizada a análise dos resultados autora.

Desfecho Primário:

Descrever padrões de cuidados de enfermagem, nas disfunções após a cirurgia por câncer colorretal, de modo a contribuir na readaptação e reabilitação, no modo de viver e de exercer a sexualidade destes clientes.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos

Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB INFORMAÇÕES BÁSICAS _ DO PROJETO_ 74841 1 .pdf", datado de 05. 10, 2016.

Desfecho Secundário.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.23102

:

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone; (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

Elaborar um instrumento específico de padrões de cuidados de enfermagem, nas disfunções pós a cirurgia por câncer colorretal, a partir dos dados da pesquisa.

Tamanho da Amostra no Brasil: 30

Objetivo da Pesquisa:

Conforme informados pelo pesquisador

Objetivo Primário:

a) Encontrar padrões de cuidar de enfermagem, nas disfunções após a cirurgia por câncer colorretal e o quanto isto altera no modo de viver e de exercer a sexualidade, destes clientes,

Objetivo Secundário:

- a) Identificar caracterizando os padrões de cuidar nas disfunções de clientes após a cirurgia por câncer colorretal;
- b) Caracterizar a partir das falas dos seus modos ou estilo de viver e de vivenciar/ resgatar sua sexualidade pós cirurgia por câncer colorretal;
- c) Elaborar um instrumento específico para cuidar das disfunções pós cirurgia por câncer colorretal, a partir do que sabem e falam sobre o tema.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informados pelo pesquisador

Riscos.

O estudo oferece riscos mínimos, pois os clientes já terminaram todo seu tratamento. Entretanto se apresentarem desconforto referente à lembranças de situações desagradáveis vivenciadas no processo do tratamento, serão encaminhados para suporte no Serviço de Psicologia da unidade hospitalar onde se desenvolverá o estudo.

Benefícios:

Dentre os benefícios da pesquisa será conhecer, avaliar e contribuir na recuperação do (a) cliente submetido(a) à cirurgia devido câncer colorretal, buscando caminhos e estratégias de ação educativa para a construção do conhecimento nessa área, Dado ser um estudo sem benefício direto ao indivíduo, assegura-se condições suportáveis aos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física psicológica, social e educacional. Mesmo não tendo benefícios diretos aos sujeitos do estudo, os efeitos se dará de forma indireta, tendo em vista que o conhecimento produzido da realidade estudada servirá de subsídios

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



GOMES DA SILVA - INCA

Continuação do Parecer: 1.837.731

para criarmos padrões de cuidados e desta forma contribuir na reabilitação dos pacientes que realizam, passam por este procedimento cirúrgico. 05

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa vinculada ao Doutorado de Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO) da UniRio, tendo o INCA como co-participante, instituição onde a pesquisa será realizada com pacientes com neoplasia de colorretal avaliados no pós-operatório. Pesquisa qualitativa, exploratória com questões abertas de modo a compreender o problema e elaborar um instrumento padrão para cuidar da sexualidade a partir do que os participantes sabem e falam sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado.
- 2) Projeto de Pesquisa: Apresentado. Ver item recomendações.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Apresentado.
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Apresentado. Ver item recomendações.
- 5) Cronograma: Apresentado.
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Apresentado.
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_74841_1 .pdf"
- 8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco:

Não se aplica.

Recomendações:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

.. Rever ortografia do projeto. O projeto e o TCLE apresentam erros de gramática, de digitação; escrita. Atentar para o uso adequado do tempo verbal passado /futuro; e da pessoa (singular/plural) garantindo concordância verbal e nominal no texto;

.. Foram inseridos nas referências bibliográficas os autores citados no projeto que se encontravam pendentes, exceto a referência da OMS citada na página 17. Recomenda-se inserir no Projeto;

-Retirar a numeração 12, 13 da frase. Com isso aumentou as chances de preservação esfinteriana12, 13" que consta na página 13 uma vez que o projeto não apresenta nota de rodapé ou referência de fim de página;

-Recomenda-se atentar para a afirmação de que "os clientes já terminaram todo seu tratamento"* tendo em vista o caráter de alta complexidade do tratamento oncológico e o período de tratamento que vai para além do procedimento cirúrgico. O fato de os "clientes" encontrarem-se "somente em consultas de controle ambulatorial" estabelece-se continuidade da assistência prestada logo, tratamento ainda não concluído. Vide pendência atendida 3.1;

- Recomenda-se que seja apontado no texto do TCLE no item "Tratamento Médico em Caso de Danos" e no item "Acompanhamento, Assistência e Responsáveis" texto referente ao assunto ao invés de "Não se aplica", uma vez que o Instituto Nacional de Câncer garante a assistência aos pacientes da Instituição, não havendo ao participante da pesquisa que seja paciente do INCA qualquer prejuízo em sua assistência médico hospitalar, ainda que recuse participar da pesquisa em qualquer etapa do processo desta. Em caso de dúvidas, sugere-se que o pesquisador solicite esclarecimento, por meio de perguntas, por e-mail a este CEP. Vide pendência 3.4 deste parecer;

-Recomenda-se atentar para o tempo definido para coleta de dados no cronograma do projeto.

-Conforme Resolução CNS 466/20121 em seu item II - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES - 11.10 - participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(eis) aceita ser pesquisado. Dessa forma recomenda-se este tratamento e não "cliente", que não se enquadra.

-

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

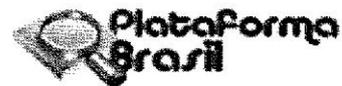
Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Formulário de submissão de Estudos no INCA

A) Pendência: Apresenta dimensão temporal como pesquisa retrospectiva e prospectiva, porém o cronograma do projeto aponta para o 1^o semestre de 2016 e o cronograma da PB aponta que a coleta e análise de dados será no período de 01/07/2016 a 30/09/2016- Definir cronograma para definir dimensão temporal da pesquisa;

Resposta: 1.1 -Dimensão Temporal: corrigido.

Análise: Pendência atendida no Formulário de submissão de Estudos no INCA, porém faz-se necessário atentar no Projeto para o tempo definido para coleta de dados no cronograma.

B) Pendência: Não há ciência e anuência da Psicologia (apesar de apontar no projeto que poderá haver risco mínimo de constrangimento do entrevistado ao falar sobre sua sexualidade)

Resposta: 1.2: Ciência do Serviço de psicologia: assinatura da Chefe do serviço Psicologia HCl.

Análise: Pendência atendida.

C) Pendência: Não apresenta ciência e anuência do setor de arquivo médico (embora o projeto descreva que haverá pesquisa em prontuário)/ Caso a pesquisa seja feita em momento de consulta de rotina onde já se tem acesso ao prontuário, pode-se prescindir desta assinatura.

Resposta: 1.3-Não requer a ciência do Serviço do Arquivo, pois os dados que serão coletados do prontuário, serão realizados no mesmo dia de consulta no setor de cirurgia. (Adequado no projeto).

Análise: Justificada a ausência da solicitação de ciência e anuência do Setor de Arquivo Médico do HCl-

2) Projeto 2.1 - Pendência: Orçamento - O projeto na PB apresenta orçamento detalhado que não está no projeto de pesquisa;

Resposta: 21 -Orçamento-Inserido no projeto.

Análise: Pendência atendida.

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

2.2-Pendência: Cronograma - estão diferentes os cronogramas apresentados no projeto de pesquisa e na PB, com datas distintas nos itens de Coleta e Análise Preliminar de Dados; Relatório preliminar; Defesa Final; Publicação de Periódicos.

Resposta: 2.2-Cronograma: reformulado e adequado conforme Plataforma Brasil;

Análise: Pendência atendida.

2.3-Pendência: Corrigir referências bibliográficas

A) Pendência Não constam na Bibliografia, os autores referenciados/citados no projeto, sendo: Donovan 2013, na página 9; INCA, 2016, na página 12; OMS, citada na página 17, porém não

encontram-se na referência bibliográfica; Tavares, 2009, na página 23; Deslandes e Assis (2002), na página 27; Bardin (2010h) na página 27.

Resposta: 2.3.1- Inseridos autores que não constavam nas referências;

Análise: Foi inserido na referência bibliográfica os autores citados no projeto: Donovan, 2013, Donovan, 2013. Retirados da bibliografia os autores Deslandes e Assis (2002). Entretanto permanece a citação da OMS citada na página 17, porém não se encontra na referência. Ver recomendações neste relatório.

B) Pendência: Encontram-se errados na bibliografia ou no Projeto: Liberman (1997) está referenciado na página 4 como Liberman (1995); Castro, IS 2005 - o autor está citado na página 6 (porém sem referência do ano); FERRIGNO; DAVID, 2004. Na página 12 são apresentados como Ferrigno, 2012 apenas; Portes e Perry, 2009 (citados na página 8 como Perry & Porter, 2009 e na página 23 estes autores são citados porém não consta ano da referência bibliográfica); Mearly-Ponty na página 23 está citado como Ponty não constando ano, apenas página; Laviulle e Dionne é citado porém sem referência de ano e página da citação usada do autor:

Resposta: 23.2 - Erratas na bibliografia e projeto: revisados e retirados os autores Liberman e Laviulle e Dionne.

Análise: Corrigidas as referências bibliográficas referentes aos autores Castro, LS, 2005; FERRIGNO; DAVID FILHO, 2004; MERLAU-PONTY, 2006; POTTER; PERRY, 2009. Retirados os autores Liberman; Laviulle e Dionne. Pendência atendida.

2.4) Pendência: Na metodologia sugere-se alterar os verbos "devem aceitar" utilizados na frase: "Eles devem aceitar participar a partir da explicação exaustiva do modo de produção de dados, do sigilo absoluto do texto até que leiam e autorizem o seu uso, de como ele será guardado, por quanto tempo e

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

que podem desistir de participar e de retirar o texto produzido". Reescrever a frase, pois mesmo havendo explicação exaustiva, a decisão será do participante da pesquisa.

Resposta: 2.4- Feito adequação do uso do verbo em metodologia, conforme pontuado;

Análise: Pendência atendida. Recomenda-se, entretanto, que se atente para o uso correto do tempo verbal na frase "Eles decidiram ("decidirão") se querem ou não participar, a partir da explicação exaustiva do modo de produção de dados, do sigilo absoluto do texto, de como ele será guardado, por quanto tempo e que podem desistir de participar sem qualquer prejuízo a eles*" página 26 — Metodologia do Projeto).

Análise: Pendência atendida.

3) TCLE:

3.1: Pendência: RISCOS: Consta no Projeto e no TCLE que "O estudo oferece risco mínimo, podendo apresentar desconforto referente a lembranças de situações desagradáveis vivenciadas no processo de tratamento e na recuperação pós-operatória". E na PB, informa que os riscos são "Mínimos. Constrangimento do entrevistado ao falar sobre sua sexualidade". Nesse sentido, solicita-se informar o que será feito no caso de ocorrência de desconforto/ constrangimento, qual ação e cuidado que será disponibilizado aos participantes da pesquisa. A resolução 466/ 2012 aponta no artigo "1V.3 — (que) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar elou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa". Nesse caso deve ser elencado o procedimento que será dispensado em caso de as participantes apresentarem dificuldades, tanto psicológica, como de outra natureza, durante a entrevista, tendo em vista que pode ser necessário um procedimento além da suspensão da própria entrevista. Resposta: Riscos: Readequado, pois a entrevista é com clientes que não estão mais em tratamento, conforme está no projeto, os clientes estão somente em consultas de controle ambulatorial; Análise: O pesquisador apresenta a seguinte alteração no texto no TCLE referente ao item Riscos: "O estudo oferece risco mínimo, pois os clientes já terminaram todo seu tratamento. Entretanto, se apresentarem desconforto referente a lembranças de situações desagradáveis vivenciadas no processo do tratamento, serão encaminhados para suporte no Serviço de Psicologia da unidade hospitalar onde se desenvolverá o estudo". Pendência atendida, entretanto, recomenda-se atentar para a afirmação de

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA

Continuação do Parecer: 1.837.731

que "os clientes já terminaram todo seu tratamento" tendo em vista o caráter de alta complexidade do tratamento oncológico e o período de tratamento que vai para além do procedimento cirúrgico. O fato de os clientes encontrarem-se "somente em consultas de controle ambulatorial" estabelece-se continuidade da assistência prestada, logo, em tratamento.

3.2: Pendência: Item Procedimentos - O item informa que o participante será convidado (a) a responder uma questão relacionada aos Dados Sócio Demográficos (Idade; Estado civil; Grau de instrução; Formação profissional; Religião) e três questões relacionadas ao estudo, sobre o antes e depois da cirurgia por câncer colorretal e as implicações desta em sua sexualidade. Faltou informar que serão coletados dados relacionados ao Ambiente/Estilo de Viver (Tabagista; Etilista Alimentação; Lazer; Estrutura familiar; com quem habita; Residência) e dados relacionados a patologia (que serão coletados de seu prontuário).

Endereço: RUA DO RESENDE. 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)32074550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@nca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

2.5: Pendência: Corrigir no texto do projeto - Capítulo II - Bases conceituais e teóricas:

2.5.1) Pendência: Faltou inserir no 1^o parágrafo os dados de estimativa/incidência do câncer colorretal. O texto apresenta-se confuso. Faltando palavras. Inicia-se falando do câncer no Brasil como 2^a doença crônica em incidência no país e de repente está se falando do 2^o tipo de câncer sem encadear o texto (do Câncer para tipos de câncer, mais especificamente o de colorretal).

Resposta: 25.1- Adequado texto de estimativa e incidência de câncer no Brasil;

Análise: Pendência atendida. Recomenda-se, entretanto para maior entendimento de público em geral um maior detalhamento acerca das estimativas e incidência do câncer no Brasil.

25.2) Pendência: Na página 13 há inserção de notas 12 e 13 na palavra esfinteriana, porém o projeto não apresenta notas de rodapé ou notas explicativas.

Resposta: 2.5.2- Com relação a palavra esfinteriana: é utilizada amplamente em trabalhos na área de coloproctologia e cirurgias em câncer colorretal, conforme pode ser identificado nas referências bibliográficas do projeto além de ser utilizado no dia a dia dos profissionais da área: - Rodrigo O.C. Araújo Dissertação de Mestrado em Oncologia INCA; França, Neto, P.R. Dissertação de Mestrado — Faculdade de Medicina UFMG; - Ramos, J R- Ressecção Ultrabaixa e Inter esfinteriana com anastomose coloanal; Santos, J.F.L. et al. Qualidade de Vida, dor, depressão e ansiedade em pacientes operados por câncer de

reto. Análise: Justificada a ausência da solicitação de inclusão de notas de rodapé ou notas explicativas referentes ao termo utilizado. Entretanto, recomenda-se retirar a numeração 12, 13 que permaneceu no corpo do projeto na frase. Com isso aumentou as chances de preservação esfinteriana “12, 13” que consta na página 13 uma vez que o projeto não apresenta nota de rodapé ou referência de fim de página.

25.3) Pendência: Na página 17 há citação de Freud, porém não apresenta aspas no início da frase citada.

Resposta: 2.5.3- Colocado (aspas) na citação de Freud pag.17 do projeto; Análise: Pendência atendida.

25.4) Pendência: Na página 19, no 3^o parágrafo, é importante definir se é negável ou inegável a importância de desenvolver um conhecimento.

Resposta: 2.5.4-Retirado a palavra inegável já que estava causando má interpretação.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: Rto DE JANETRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 1.837.731

Resposta: Item procedimentos: readequado;

Análise: Foi reescrito o item Procedimentos do Estudo no TCLE inserindo informação acerca da patologia ("Também será coletado dados do seu prontuário médico referentes ao estadiamento da doença, tratamentos realizados, descrição da cirurgia"). Não foi incluso nesse item a informação que serão coletados dados relacionados ao Ambiente/Estilo de Viver (Tabagista; Etilista; Alimentação; Lazer; Estrutura familiar; com quem habita; Residência) e foi retirada a frase que informava que seriam coletados "dados sócios demográfico, com vistas a caracterizar dados relativos dos participantes. Tais como: idade, sexo, estado civil* categoria profissional, religião, grau de instrução, formação profissional", uma vez que estes itens não estão inseridos no Instrumento I e Instrumento II anexos ao projeto de pesquisa (página 38 e 39 do projeto) entendendo, assim, que não serão coletados. Em suma, em razão do instrumento de coleta de dados, ou seja, apresentado no Projeto de Pesquisa a partir do Instrumento I e Instrumento II apresentar os itens que foram descritos pelo pesquisador no item Procedimentos do Estudo no TCLE avalia-se que a pendência foi atendida.

3.3: Pendência: Atentar para que não se esqueça de solicitar aos participantes da pesquisa que rubriquem cada página do TCLE;

Resposta: T CLE apresentado pelo pesquisador com espaços de rubrica do participante e do pesquisador em cada página do documento. Análise: Pendência atendida.

3.4: Pendência: Item Tratamento Médico em Caso de Danos - o projeto aponta risco mínimo, é paciente da Instituição e não haverá qualquer garantia de tratamento em caso de Dano? Solicita-se adequação ou justificativa.

Resposta: Tratamento em caso de danos: readequado;

Análise: Informa-se no item Tratamento Médico em Caso de Danos, a seguinte afirmação: "Não se aplica ao estudo", A resposta apresentada pelo pesquisador não responde a solicitação deste CEP na ocasião da pendência apontada no parecer 1566812 de 31 de maio de 2016: "o projeto aponta risco mínimo. É paciente da Instituição e não haverá qualquer garantia de tratamento em caso de Dano? Solicita-se adequação ou justificativa". Revisada a pendência por este CEP e recomenda-se

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



**INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA**



que seja apontado no texto do T CLE no item "Tratamento Médico em Caso de Danos" e no item "Acompanhamento* Assistência e Responsáveis", texto referente ao assunto ao invés de "Não se aplica" ou justificativa de ausência deste item a este CEP, Em caso de dúvidas, sugere-se que o pesquisador solicite esclarecimento, por meio de perguntas, por e-mail a este CEP. Vide pendência 3.4 deste parecer.

3.5) Pendência: Custos - Na metodologia do projeto consta que o médico do ambulatório encaminhará o paciente para a pesquisadora para explicação do estudo e consentimento da pesquisa. Logo, pressupõe-se que a entrevista será feita durante consulta ambulatorial de rotina. Ou precisará de deslocamento do paciente para fins de pesquisa? Se sim, prever no orçamento, e descrever na Metodologia.

Resposta: Custos: Readequado, pois está colocado que a entrevista será realizada no dia da consulta do cliente, não havendo assim custos ao cliente com a relação a pesquisa.

Análise: Pendência atendida

3.6) Pendência: Garantia de Esclarecimentos - o texto está confuso quanto aos dados do CEP INCA apresentando dois endereços distintos; telefones distintos, podendo confundir o participante. Solicita-se reescrever.

Resposta: Garantia de Esclarecimentos: readequado o endereço do CEP;

Análise: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional N^o 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto (a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem		Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES ROJE-TO 748411. Df	05/10/2016		Aceito
Outros	Pendencias_CEP_INCA.pdf	05/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Outros	Comentarios_CEP_INCA.pdf	05/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_Doutorado 23 Agosto c 016.do	04/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Agost02016.doc	04/10/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 748411.pdf	10/09/2016		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 748411. df	15/07/2016		Aceito
Outros	Anexo_2.pdf	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Outros	Anexo_1 .pdf	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Declaração de Instituição e infraestrutura	doc.pdf	15/07/2016 01	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Orçamento	Gastos_Projeto.doc	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2016.pdf	15/07/2016 01	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_Doutorado.doc	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/07/2016	Maria da Penha Schwartz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



RIO DE JANEIRO, 27 de Novembro de 2016

Assinado por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br