

Trabalho apresentado no 44^o Congresso Brasileiro de Coloproctologia, sob forma de Tema Livre.

A SEXUALIDADE DO OSTOMIZADO NA VISÃO DO PARCEIRO (PARTE II)

VERLAINE ANDRADE
 FABIANA SWAIN MÜLLER
 ADRIANA MILITÃO FERREIRA
 DOS SANTOS BARCO
 FABRÍCIA CRISTINA GIANCOLI GOES
 SANDRA CRISTINA CORREIA LOUREIRO
 VERA LÚCIA CONCEIÇÃO DE GOUVEIA DE SANTOS

ANDRADE V, MÜLLER FS, FERREIRA AM, BARCORS, GOES FCG, LOUREIRO SCC & SANTOS VLCG - A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro (Parte II). *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4): 269-276

RESUMO: A condição de ostomizado implica em mudança no seu estilo de vida, daí a importância do processo reabilitatório ser implementado já na fase diagnóstica, visando o paciente como centro desse processo e como agente participante, incluindo neste contexto sua família, principalmente seu parceiro. O presente trabalho objetiva verificar o significado da sexualidade para o parceiro do ostomizado e verificar as mudanças e suas causas ocorridas na sexualidade do ostomizado, após a operação de ostomia, na visão do parceiro. Foram entrevistados 43 parceiros de portadores de estomas urinários e intestinais, sendo 21 mulheres e 22 homens, com idade média de 56 anos. Os resultados com relação ao significado de sexualidade mostram igual porcentagem para as categorias relação afetiva e ato sexual, correspondendo a 68,8% das 61 respostas obtidas (34,4% para cada uma); 70,5% das 34 respostas para as mudanças ocorridas referem-se à ausência e diminuição de relacionamento sexual e 62,1% das 37 respostas para as causas dessas mudanças relacionam-se às condições psicológicas. Assim, podemos considerar que o parceiro do ostomizado pode estar hipertrofiando a afetividade para suprir a ausência de relacionamento sexual, constituindo um mecanismo compensatório para os distúrbios de auto-imagem e imagem corporal que afetam a sexualidade do ostomizado.

UNITERMOS: sexualidade; ostomizado; reabilitação

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em números absolutos e relativos, sob a forma de quadros e tabelas.

O Quadro I mostra-nos as características gerais da população, isto é, parceiros de ostomizados que atenderam aos critérios previamente estabelecidos e o Quadro II, alguns itens acerca dos próprios ostomizados, que consideramos importantes apresentar, como diagnóstico, tipo de estoma e de operação realizada.

Os 43 parceiros entrevistados foram divididos em três grupos, conforme o tempo de ostomia do marido ou esposa. Assim, o Grupo A contém 14 parceiros de ostomizados operados entre três meses e um ano; o Grupo B, 15 parceiros de ostomizados operados entre um ano e cinco anos e o Grupo C, 14 parceiros de ostomizados operados há mais de cinco anos.

Quadro I - Perfil da população.

	A (n = 14)	B (n = 15)	C (n = 14)	Total (n = 43)
Sexo	f: 9 m: 5	f: 7 m: 8	f: 5 m: 9	f: 21 m: 22
Idade (em anos)	mínima 28 máxima 68 média 49,7	mínima 33 máxima 81 média 60,6	mínima 33 máxima 73 média 57,8	mínima 28 máxima 81 média 56
Instrução	1 ^o grau*: 9 2 ^o grau*: 3 analf: 2	1 ^o grau: 9 2 ^o grau: 6 analf:-	1 ^o grau: 10 2 ^o grau: 3 analf: 1	1 ^o grau: 28 2 ^o grau: 12 analf: 3
Procedência	estado SP: 11 outros: 3	estado SP: 14 outros: 1	estado SP: 11 outros: 3	estado SP: 36 outros: 7
Número de dependentes	1 a 2: 8 3 ou mais: -	1 a 2: 5 3 ou mais: 3	1 a 2: 8 3 ou mais: 1	1 a 2: 21 3 ou mais: 4
Ocupação	aposent: 2 ativo: 11 desemp.: 1	aposent: 6 ativo: 9 desemp.: -	aposent: 6 ativo: 8 desemp.: -	aposent: 14 ativo: 28 desemp.: 1

*Completo e incompleto.

Segundo os dados apresentados no Quadro I, num total de 43 entrevistados há uma homogeneidade em relação ao sexo, havendo 21 mulheres e 22 homens, distribuídos de modo heterogêneo entre os grupos, com predominância de mulheres apenas no Grupo A.

Quanto à idade, constatamos a mínima de 28 anos e a máxima de 81 anos, sendo a média de 56 anos. Ocorre prevalência de idosos nos Grupos B e C (8 e 9 respectivamente) que corresponde aos parceiros de ostomizados operados há mais tempo, principalmente no Grupo C (acima de cinco anos), no qual temos, pelo menos, três operados há mais de 18 anos.

Em relação ao grau de instrução observa-se que mais da metade dos entrevistados (28) frequentou apenas o primeiro grau. Já para a procedência há uma concentração de sujeitos oriundos do próprio estado de São Paulo (36), sendo os demais de outros estados.

Podemos verificar também que 25 dos 43 entrevistados possuem dependentes, 21 deles de um a dois em todos os grupos e quatro deles com mais de três.

Quanto às atividades de trabalho, 14 são aposentados e 28 ativos. A população do Grupo C apresenta, em sua maioria, idade acima de 60 anos, o que justifica o menor número de aposentados.

Quadro II - Perfil do ostomizado.

Diagnóstico	neo: 9 D.I.*: 3 outras: 2	neo: 9 D.I.: 5 outras: 1	neo: 8 D.I.: 2 outras: 4	neo: 26 D.I.: 10 outras: 7
Tipo de estoma	colost: 11 ileost: 2 urost: 2	colost: 15 ileost: - urost: -	colost: 11 ileost: 2 urost: 1	colost.: 37** ileost: 4 urost: 3
Tipo de operação	colect T e P: 12 *** outras: 3	colect T e P: 11 outras: 4	colect T e P: 12 outras: 3	colect T e P: 35 outras: 10

* DI = Doenças inflamatórias (Doença de Crohn e RCUI)

** Um dos pacientes possui 2 estomas.

*** Colectomia T = total e P = parcial.

Os diagnósticos dos ostomizados (Quadro II), mantendo relações de predomínio no interior dos grupos, são em sua maioria neoplasias de cólon, reto e bexiga (26), havendo ainda 10 pessoas com doenças inflamatórias (RCUI e Doença de Crohn).

Quanto ao tipo de estoma verificamos 37 pacientes portadores de colostomia, quatro de ileostomia e três de urostomia, sendo 39 destas ostomias, definitivas.

Das 43 cirurgias realizadas as mais frequentes foram as colectomias totais (4) e parciais (31), sendo que do total de cirurgias feitas a maioria dos pacientes (30) refere não ter apresentado complicações pós-operatórias. Cumpre ressaltar que, destas operações, 17 foram de amputação de reto e três cistectomias totais, o que justifica não só a incidência de colostomias mas o fato de serem, na sua maioria, definitivas, além das três urostomias também definitivas.

Quanto às seqüelas destes tipos de operações na esfera sexual, a amputação abdômino-perineal do reto com colostomia definitiva, por câncer, resulta em impotência em 8-11% dos casos. Essa limitação é causada por razões anatômicas (quando ocorre a secção de nervos específicos responsáveis pela ereção e/ou ejaculação), etárias e emocionais.

Sobre as possíveis conseqüências negativas das cistectomias Elcoat⁽¹²⁾ expõe que, no homem, quando a bexiga é retirada, também pode ocorrer impotência, pois toda a inervação dos órgãos genitais está envolvida. Na mulher ocorre dispareunia. Essa dispareunia pode ocorrer por alteração anatômica, por perda da elasticidade vaginal ou ainda por diminuição de lubrificação vaginal e genital externa (por diminuição do suprimento sanguíneo). Complicações graves na mulher como infecção pélvica podem acarretar um comprometimento da fertilidade pela obstrução das trompas. Podem ainda ocorrer incontinência e disfunção (principalmente após 60 anos, se estas seqüelas já existem), uma vez que a remoção do reto e o suporte muscular comprometido podem levar à ptose vesical. Também por lesão nervosa da bexiga e uretra, pode ocorrer inibição da ação vesical e problemas hidroeletrólíticos.

Ainda em relação à sexualidade do ponto de vista psicológico e como conseqüência das alterações de imagem corporal, os indivíduos consideram-se pouco atraentes, têm medo da rejeição e evitam o contato sexual. O próprio parceiro pode corroborar esse afastamento ao evitar contato íntimo por medo de machucar ou por fatores psicológicos mais complexos.

Podemos dizer, portanto, que as doenças e suas seqüelas nos ostomizados, físicas, psicológicas e sociais, especialmente na dimensão da sexualidade, certamente interferem não só no seu próprio processo de reabilitação, isoladamente, como na intimidade de seu relacionamento conjugal com os parceiros que, por sua vez, tendem a ser afetados pelos mesmos fatores além dos seus próprios.

Assim, visto que nos interessa, enquanto objetivos do estudo, identificar as possíveis mudanças e suas causas na sexualidade do ostomizado, sob a visão do parceiro, é fundamental que identifiquemos inicialmente o significado que essa sexualidade representa para esse parceiro o que, evidentemente, influencia sua percepção.

As respostas de 40 parceiros quanto a esses significados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Respostas de 40 parceiros de ostomizados quanto ao conceito de sexualidade, segundo o grupo. São Paulo, 1994.

Conceito de sexualidade	Grupo			
	A	B	C	Total
Relação afetiva	8	6	7	21 (34,4%)
Ato sexual	7	6	8	21 (34,4%)
Qualificativo	7	5	7	19 (31,2%)
Total	22 (36,1%)	17 (27,8%)	22 (36,1%)	61 (100%)

A Tabela I mostra as respostas dos entrevistados relacionados ao conceito de sexualidade e categorizadas como: relação afetiva, ato sexual e qualificativo.

Observamos que foram obtidas 61 respostas de 40 parceiros, distribuídas entre 22, 17 e 22 conceitos, respectivamente, para os Grupos A, B e C, significando a média de 1,5 respostas para cada entrevistado. Três dos 43 entrevistados não souberam definir sexualidade.

Quanto à categorização feita, verificamos que das 61 respostas, 21 enquadram-se em relação afetiva, 21 como ato sexual e 19 como qualificativo (que engloba respostas como: "Agora nada", "Deus", "Prazer" e "Tudo").

É interessante notar que embora o conceito de sexualidade seja freqüentemente associado ao ato sexual, neste estudo constatamos o mesmo total de respostas em relação à categoria "relação afetiva" e um número expressivo de "qualificativos", muito embora a conceituação como "relação afetiva" tenha estado presente, quase sempre, associada à resposta aqui categorizada como ato sexual.

De acordo com um estudo realizado por Santos; Santos; Miyadahira⁽²³⁾ referente à sexualidade do ostomizado sob sua própria visão, no item que conceitua sexualidade, verifica-se que dentre 49 respostas obtidas, a categoria "relacionamento afetivo" engloba apenas oito (16,3%) enquanto para a categoria "relação sexual" enquadram-se 28 respostas (57,1%). Embora estejamos lidando não só com clientela diferentes, mas com "casais" certamente diferentes, podemos supor que diferentes podem ser as visões daqueles envolvidos em uma relação, em virtude de momentos e histórias de vida também diferenciados. De um lado o ostomizado que enfrenta uma alteração física que acarreta mudanças em sua estrutura psíquica de auto-imagem e imagem corporal e que continua pontuando sua sexualidade principalmente como características físicas e de outro lado, o parceiro que pode estar hipertrofiando a afetividade, como um mecanismo compensatório e de amadurecimento dentro do "seu" processo de reabilitação.

Na visualização por grupo, os dados da Tabela I mostram que os três grupos apresentam homogeneidade na distribuição de suas respostas.

O Grupo A representa o período de três meses a um ano de ostomia, no qual os integrantes vivenciam uma fase aguda e de impacto, onde mudanças são esperadas e necessárias. Nesta fase, a necessidade de suporte afetivo e apoio está exacerbada em função de ser um período crítico para o paciente. Segundo Cardoso⁽⁵⁾, toda a mudança a ser explicada no desenvolvimento de novas concepções sugere a necessidade da intervenção de um agente exterior. O parceiro do ostomizado, que participa ativamente deste processo, possivelmente passa a remodelar e redescobrir valores, podendo atribuir mais caracteres afetivos à sua concepção de sexualidade (oito dentre 22 respostas, na Tabela I).

Reportando-nos aos Grupos B e C e estabelecendo uma análise comparativa com o Grupo A, observa-se que das 21 respostas enquadradas na categorização "relação afetiva", seis e sete pertencem, respectivamente, aos Grupos B e C, levando a pensar em uma fase mais tardia do processo de adapta-

ção e conseqüente aceitação no que se refere à sexualidade, principalmente quando se observa as demais respostas distribuídas em ambos os grupos com bastante equilíbrio, isto é, seis respostas para "ato sexual" e cinco para "qualitativo" dentro do Grupo B e 8 e 7, respectivamente, para o Grupo C. Neste sentido, Ribeiro⁽²²⁾ afirma que "a manifestação da sexualidade humana é vista como mutável de acordo com as relações sociais de existência".

As alterações físicas que ocorrem após a confecção de uma ostomia, segundo Carroll⁽⁶⁾, limitam a atividade sexual mas não a capacidade para contato físico ou emocional, um ponto apropriadamente expresso pela resposta: "Nada de sexo, mas desfruto acariciando". Isso reforça o que já foi dito anteriormente: "a sexualidade não está restrita ao quarto ou a áreas do corpo, ela envolve sentimentos de ternura, respeito, aceitação e prazer entre um ser e outro^(5,6)." Quanto ao conceito de sexualidade como ato sexual, observa-se uma distribuição praticamente homogênea no interior dos grupos (7, 6 e 8 respectivamente para A, B e C).

Para melhor compreender essa categoria, é interessante que nos reportemos ao que diz Lacretelle⁽¹⁷⁾ acerca do significado de ato sexual: "é impossível reduzir a vida sexual do homem ao exercício de uma função. O ato sexual humano é verdadeiramente um ato, não é como no animal, um gesto mecanicamente comandado. Tem um duplo caráter, que lhe é próprio: é livre e misterioso".

Numa sociedade que possui padrões estéticos e de beleza que valorizam o corpo, a alteração física provocada pela formação de um estoma implica numa mudança social e sexual havendo uma maior preocupação com ato sexual devido a um não enquadramento nos padrões sociais. Neste sentido, Hite⁽¹³⁾ e Ribeiro⁽²⁰⁾ atribuem à sociedade capitalista a indução de um padrão comportamental que visa o consumo e que estimula o uso de produtos de beleza, revistas e filmes eróticos, levando a uma concepção já estruturada de que relacionamento conjugal, na esfera da sexualidade, significa ato sexual, o que certamente vai de encontro às nossas percepções ao verificarmos o razoável número de respostas apontadas para este significado (21 dentre 61 respostas) e sua distribuição praticamente equitativa no interior dos grupos.

Esta homogeneidade pode também estar associada a diferentes condições nos diversos grupos, como o próprio tempo de pós-operatório e idade (Quadro I).

No que se refere à idade, principalmente nos Grupos B e C, temos o predomínio de pessoas em faixa etária acima de 60 anos (ou idade média de 60,6 e 57,8 anos respectivamente). Rieman⁽²³⁾ menciona que o papel da sexualidade na velhice varia de pessoa para pessoa e que as medidas adotadas para a manutenção da atratividade começam com os cuidados com a própria aparência. O descuido e o desleixo físico podem ser particularmente perigosos, não só pelo fato de acentuarem as deficiências da velhice, mas também porque esse desleixo é a expressão de uma atitude resignada, de um não mais se esforçar como se não valesse mais a pena.

Estas considerações do autor relacionadas à idade podem ser exacerbadas em nossa clientela numa relação parceiro-ostomizado, uma vez que as modificações experimentadas

pelo ostomizado em sua sexualidade, depois da realização de uma ostomia, também estão relacionadas com a capacidade de estar atraente sexualmente, podendo refletir ou acarretar alterações na sexualidade do parceiro, a partir de sua concepção⁽²³⁾.

Para a conceituação de sexualidade como "qualitativo" e considerando que as qualidades podem ser positivas (ex.: "prazer", "tudo") ou negativas (ex.: "agora nada", "segundo plano"), observa-se um total de 19 respostas distribuídas em 7, 5 e 7 para os grupos A, B e C, respectivamente. Neste aspecto, vale ressaltar que a maior parte das respostas apontadas nesta categoria para o Grupo C foram classificadas como "positivas".

Já para os Grupos A e B, metade das respostas obtidas em cada um foi considerada positiva e a outra metade negativa. Isso sugere um equilíbrio entre qualificações boas e más, que refletem um período onde pode estar havendo a reformulação e redefinição de sexualidade. Neste período assumem um papel maior as categorias relação afetiva e ato sexual, em consequência de serem o embasamento para a nova concepção.

Ainda em relação à categoria "qualificativo", é importante enfatizar que essa é utilizada conforme a conceituação que o indivíduo tem de sexualidade, sendo mais abrangente à medida que a pessoa amplia sua concepção, englobando aspectos físicos e psíquicos. Além disso, esses qualificativos são influenciados pela idade elevada, onde há uma intensificação da dimensão afetiva, ampliando-se e aprofundando-se desta forma a sua visão de sexualidade, além do tempo maior de ostomizado.

Na abordagem sobre o conceito de sexualidade, os dados indicam prováveis mudanças nessa esfera, para o próprio parceiro. De qualquer modo foi importante conhecer esses conceitos, já que nesta fase do estudo, passamos a identificar a visão que os parceiros têm a respeito das mudanças e suas causas acerca da sexualidade dos ostomizados, com quem mantêm vida conjugal antes mesmo da ostomia.

Tabela 2 - Respostas de 28 parceiros de ostomizados sobre as mudanças da sexualidade do cônjuge, após a operação de ostomia, segundo o grupo. São Paulo, 1994. Tabela 2 - Respostas de 28 parceiros de ostomizados sobre as mudanças da sexualidade do cônjuge, após a operação de ostomia, segundo o grupo. São Paulo, 1994.

Mudança na sexualidade	Grupo			Total
	A	B	C	
Ausência de relacionamento sexual	7	6	5	18 (52,9%)
Diminuição da frequência de relacionamento sexual	4	-	2	6 (17,7%)
Comportamentos ou sentimentos*	4	5	1	10 (29,4%)
Total	15 (44,1%)	11 (32,4%)	8 (23,5%)	34 (100%)

*Comportamentos ou sentimentos frente ao relacionamento sexual ou ao parceiro: constrangimento durante o ato sexual, irritação e agressividade, revolta, relação mais carinhosa, perda da vontade, menos prazer nas relações, indisposição para se arrumar e sentimento de mudança.

Dos 43 entrevistados, 28 afirmaram terem ocorrido mudanças na sexualidade do ostomizado, sendo que, a partir desses relatos, foram obtidas 34 respostas, as quais distribuíram-se em 15, 11 e oito respectivamente para os grupos A, B e C. Excluídos aqueles que responderam não haver mudanças, o número de integrantes passa a ser de 10 para o Grupo A, 11 para o Grupo B e sete para o Grupo C.

As 34 respostas obtidas foram classificadas em como: ausência de relacionamento sexual (18), diminuição da frequência de relacionamento sexual (6) e comportamentos ou sentimentos (10), já especificados na tabela.

Segundo os dados da Tabela 2 pode-se notar um predomínio de respostas que citam como mudança na sexualidade a ausência de relacionamento sexual (18), perfazendo 52,9% do total de respostas e encontrando-se homoganeamente distribuídas entre os Grupos A, B e C: 7, 6 e 6 respostas, respectivamente.

A diminuição da frequência da relação sexual corresponde a seis respostas ou 17,7% do total, estando a maioria (4) incluídas no Grupo A.

Já a categoria "comportamentos ou sentimentos" inclui 29,4% do total de respostas presentes, principalmente, nos Grupos A e B (quatro e cinco respostas, respectivamente).

Analisando as respostas do Grupo A, é possível verificar um predomínio de "ausência de relacionamento sexual" (7), assim como uma diminuição da sua frequência (4), ou seja, 11 entre 15 respostas obtidas nesse grupo. Embora as causas dessas mudanças sejam levantadas a seguir, podemos supor que essas ocorrências na visão dos parceiros estejam relacionadas ao tempo relativamente curto de ostomia para adaptação do ostomizado e conseqüentemente do parceiro, que caracteriza este grupo (três meses a um ano de operado). Esta fase implica em novas incumbências para os ostomizados, tais como: a limpeza do estoma, regime alimentar, saber lidar com as alterações fisiológicas ou desconfortos, com as perdas no âmbito social, financeiro, da função normal de defecar, da capacidade profissional e de locomoção⁽³⁰⁾.

O tipo de estoma tem influência sobre a sexualidade. Pacientes com colostomias de sigmóide, por exemplo, que utilizam a irrigação para reeducar seu hábito intestinal passando a cobrir o estoma com um protetor mais discreto. Já os ileostomizados não dispoem dessa forma de "controle" sobre as eliminações são obrigados a usar bolsa constantemente com distúrbio físico e visual potencial para suas vidas sexuais. Além disso, o uso de uma bolsa e sua manutenção constantemente lembra ao ostomizado que ele é diferente das demais pessoas⁽⁷⁾.

Dentre as perdas acarretadas pela ostomia, pode-se acrescentar o "conceito de limpeza" que é tido como um valor padrão na nossa sociedade e, geralmente, serve como um critério para avaliar as pessoas. O fato de os ostomizados precisarem carregar uma bolsa externa presa ao seu abdome e que a qualquer momento pode encher-se de fezes ou urina, que constituem eliminações socialmente consideradas como sujas e que devem ser excretadas isoladamente em ambientes privativos, constitui uma ameaça ao mesmo e ao seu parceiro, o qual, quando forçado a participar do cuidado do ostomi-

zado, pode sentir-se inibido ou até mesmo enojado. Além disso, como já foi dito anteriormente, esta é uma fase de adaptação também do parceiro, sendo que a maneira como este encara a nova situação interfere diretamente no processo de reabilitação do ostomizado. Desta forma, o parceiro, muitas vezes, torna-se a chave para o sucesso ou a derrota na adaptação do ostomizado^(1, 7, 30).

A presença de 1/3 do total de respostas como relação afetiva para os integrantes do Grupo A (Tabela 1), associados àquelas aqui expressas como a diminuição ou ausência de ato sexual, leva-nos a pensar que este conceito pode estar influenciando ou sendo influenciado por sua vida conjugal, talvez proporcionando mudanças que compensem a falta do ato sexual em si. Desta forma, o parceiro pode se utilizar de uma relação mais afetiva para suprir esta ausência ou diminuição. Isto pode estar evidenciado no índice de respostas que conceituam sexualidade como relação afetiva dentro do Grupo A, ou seja, oito dentre 22 respostas.

Já para os integrantes dos Grupos B e C, as respostas referentes à ausência de relacionamento sexual (seis e cinco respectivamente), podem estar relacionadas ainda a esses mesmos aspectos, mas também aos problemas físicos e à idade avançada, uma vez que predominam os indivíduos numa faixa etária acima de 60 anos (Quadro I).

Bell⁽¹⁾ relata que, com o decorrer da idade, ocorrem alterações fisiológicas como a diminuição da lubrificação vaginal na mulher e diminuição da ereção no homem; alterações estas que estarão acentuadas pelo tipo de cirurgia, como amputação de reto e cistectomia total (que predominam para os ostomizados com quem os entrevistados deste estudo convivem).

Quanto à categoria "comportamentos ou sentimentos", cujas respostas predominam nos Grupos A e B (quatro e cinco respostas respectivamente) e, portanto, ainda num período de adaptação à ostomia, e às vezes à própria doença ou seqüela que está se cronicando, verificamos que a maioria dessas reações frente à sexualidade são negativas e atribuídas aos ostomizados, como "irritação", "agressividade", "perda de vontade", "constrangimento" e "sensação de mudança no ar".

Em estudo já referido anteriormente realizado com ostomizados, referentes à sua sexualidade, na sua própria visão, comportamentos de rejeição e nojo foram atribuídos ao parceiro⁽²⁴⁾. Já no presente estudo, as respostas que denotam rejeição não foram constatadas, podendo indicar a presença de mecanismos de defesa por ambas as partes da relação, naquele em que há efetivamente alteração de auto-imagem e, conseqüentemente, de auto-estima decorrentes de mutilação assim como naquele que participa efetivamente do relacionamento e que se vê impelido por sentimentos conflitantes de desejo e, ao mesmo tempo, de repulsa, nojo e compaixão.

Assim, a constatação desse tipo de resposta pode sugerir um processo adaptativo pelo qual estão passando os sujeitos dos Grupos A e B. Em contrapartida, a clientela do Grupo C apresentou uma redução considerável nesta categoria, com apenas uma resposta, podendo indicar uma adaptação física do parceiro e ostomizado, o que não necessariamente reflete

uma aceitação psicológica, já que, das seis respostas do grupo, as outras cinco referem-se à ausência e diminuição da frequência de relação sexual, também influenciadas pelo fator idade.

As mudanças aqui exploradas têm suas causas abordadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Respostas de 27 parceiros de ostomizados relacionadas às causas das mudanças na sexualidade do cônjuge, após operação de ostomia, segundo o grupo. São Paulo, 1994.

Conceito de sexualidade	Grupo			Total
	A	B	C	
Relação afetiva	8	6	7	21 (34,4%)
Ato sexual	7	6	8	21 (34,4%)
Qualificativo	7	5	7	19 (31,2%)
Condições psicológicas *1	6	8	9	23 (62,1%)
Condições físicas globais *2	4	7	2	13 (35,1%)
Desinformação	1	-	-	1 (2,8%)
Total	11 (29,7%)	15 (40,6%)	11 (29,7%)	37 (100%)

*1 Medo de ter relação utilizando bolsa, medo de machucar, medo de rejeição, alteração da auto-imagem, alteração da auto-estima, diminuição da libido, vergonha, afastamento do ostomizado e atenção excessiva com a ostomia, falta de entusiasmo.

*2 Complicações pós-operatórias, recuperação e doença de base.

Dos 28 entrevistados que referiram ter ocorrido mudanças na sexualidade do ostomizado após a operação, 27 relataram as causas dessas mudanças, obtendo-se 37 respostas distribuídas em 11, 15 e 11 respectivamente; para os Grupos A, B e C.

As pessoas obtidas foram categorizadas como: condições psicológicas (18), condições físicas globais (10) e desinformação (1).

Segundo os dados da Tabela 3, pode-se notar um predomínio de respostas que se inserem na categoria "condições psicológicas" (23), perfazendo 62,1% do total de 37 respostas e encontrando-se heterogeneamente distribuídas entre os Grupos A, B e C com 6, 8 e 9 respostas respectivamente. As "condições físicas globais" abrangem 10 ou 35,1% do total de respostas distribuídas em 4, 7 e 2 respostas respectivamente nos grupos A, B e C.

Em estudo já referido⁽²⁴⁾ realizado com ostomizados, percebe-se algumas diferenças em relação ao atual estudo. Enquanto naquele o número de respostas referentes às condições físicas globais (48,2%) predominava sobre problemas de ordem psicológica (29,6%), neste estudo ocorre o inverso, ou seja, predomínio de problemas de ordem psicológica

(62,1%) sobre condições físicas globais (35,1%). Além dessa diferença, nota-se a presença de uma categoria no estudo anterior que não aparece nesse, que é a rejeição do parceiro com (18,5%) das respostas totais. A ausência dessa categoria no atual estudo pode indicar que o ostomizado sente uma auto-rejeição e projeta-a no seu parceiro. Na verdade, ambos podem estar negando a rejeição, de um pelo outro, para proteger-se de uma carga pesada que é a culpa de não mais sentir prazer entre si.

Dentre as condições psicológicas, acredita-se que a imagem do corpo, ou seja, a imagem internalizada que o indivíduo tem de sua própria aparência física é um aliado importante para sua autoconcepção, sendo que mudanças ou distúrbios nesta imagem podem afetar negativamente a própria concepção de sexualidade⁽¹⁾.

Conforme Bell⁽¹⁾, cirurgias de estoma trazem medos adicionais os quais podem ser traçados através de dois fatores: perda do funcionamento normal de um órgão valioso e a mutilação e deslocamento de um orifício natural que seria uma das causas da construção de uma nova imagem corporal. Esta última, pode influenciar fortemente na sexualidade do casal, no que se refere a alteração de papéis e funcionamento sexual.

Reforçando o que foi dito anteriormente, Leite⁽¹⁹⁾ refere que o conceito que o indivíduo tem de si mesmo e de suas aptidões determina o que faz e a maneira de comportar-se. O eu é o ponto de referência para todo o seu comportamento, é o único quadro de referência que o indivíduo possui, é o único eu que conhece, que dá ao indivíduo o sentimento de realidade total, ainda que as outras pessoas não concordem com suas autodefinições. A conservação e a acentuação do eu é o principal objetivo de sua existência, independentemente de sua localização ou ação.

Habitualmente, uma modificação no autoconceito só se torna possível com repetições de muitas experiências de adequação, e com muitos elogios e encorajamentos. Mesmo numa situação de cirurgia intestinal com conseqüente formação de um estoma, a redefinição exige muitas vezes longo período e, em alguns casos pode chegar a não ocorrer⁽¹⁹⁾.

Entretanto, mesmo que o parceiro faça elogios ao ostomizado, objetivando elevar sua auto-estima, este último pode achar que esses encorajamentos não são verdadeiros, levando ao isolamento de ambas as partes: um porque não se ajuda e nega os incentivos dados pelo parceiro e este, por sua vez, por cansar-se de tentar incentivá-lo.

Conforme Breckman⁽²⁾, alguns pacientes utilizam o estoma como desculpa para evitar o sexo, sobretudo aqueles que sentem aversão ou desinteresse pelo tema. Da mesma forma, esse argumento pode ser utilizado pelo parceiro para evitar o ato sexual. As modificações na sexualidade do ostomizado estão relacionadas à sua capacidade de estar atraente, o que dependerá também de sua visão sobre desejo sexual, percepção sobre a importância que seu parceiro dá a seus impulsos sexuais, seu relacionamento matrimonial, social e profissional anterior⁽²⁾.

Ao voltarmos aos dados da Tabela 3, que se referem às "condições psicológicas" como causas das mudanças na sexualidade do ostomizado na visão do parceiro, percebemos que as mesmas aparecem em maior freqüência nos grupos B e C, ou seja, onde estão os ostomizados com maior tempo de

ostomia. Acredita-se que na visão dos parceiros, para os ostomizados com até um ano de operação, isto é, do Grupo A, as condições psicológicas apresentam-se menos acentuadas, pois esses indivíduos ainda estão se adaptando a seus novos hábitos de vida e reconstruindo sua nova auto-imagem, assim como o parceiro deve estar passando por uma fase de adaptação com a nova situação de seu cônjuge. Além disso, os problemas físicos parecem mais emergentes e preocupantes. Com o passar do tempo, ao ocorrer uma adaptação física tanto do ostomizado quanto do parceiro com o estoma e seu autocuidado em todas as esferas da vida, as condições psicológicas talvez tornem-se mais emergentes e aparentes podendo indicar a maior dificuldade ou mesmo inaceitação da nova situação por parte de ambos (Grupos B e C com o maior número de respostas nesta categoria: sete para ambos).

Assim como na análise dos dados da Tabela 2 sobre mudanças na sexualidade, no que tange a comportamentos ou sentimentos, pode-se encontrar dentro dessa categoria de causas psicológicas, a projeção como um possível mecanismo de defesa, do ostomizado ou do próprio parceiro. O primeiro pode apresentar medo de rejeição familiar e de amigos, sentimentos de raiva, depressão, racionalização, substituição, regressão, conversão de ansiedade para atividades físicas e compulsões como a fixação pela limpeza. Já o parceiro pode atribuir ao ostomizado os próprios sentimentos de rejeição por piedade, compaixão, nojo, vergonha, medos e outros.

Analisando a categoria "condições físicas globais" (13 respostas), casos de complicações pós-cirúrgicas podem ser importantes fatores desencadeantes de mudanças na sexualidade do casal, dentre as quais podemos citar, como uma das causas mais importantes e freqüentes, a impotência masculina nas operações de amputação abdômino-perineal do reto e cistectomias totais como já referidos anteriormente (Quadro I). Outras citações feitas pelos entrevistados incluem hérnia paracolostômica, estenose vaginal, perfuração vaginal e deiscência perineal.

Essas condições predominam nos indivíduos do Grupo A, em conseqüência do curto período de tempo pós-operatório, onde além de recuperação física há, geralmente, complicações em pele periestoma associadas às dificuldades de orientação quanto ao autocuidado e acesso a dispositivos, além de tratamentos adjuvantes que, juntos, debilitam o indivíduo, principalmente a rádio e quimioterapia. No entanto, essas respostas também aparecem em igual freqüência no Grupo B, mas relacionadas a uma das primeiras causas citadas, ou seja, impotência, além, provavelmente, do fator idade.

Com relação à doença de base, como outra resposta inclusa na categoria "condições físicas globais", constatamos que o principal diagnóstico dos ostomizados é o câncer colorretal e vesical (26 dentre 43 ostomizados, parceiros de nossos entrevistados).

De acordo com Breckman⁽²⁾, muitos pacientes, ao serem informados que sofrem de câncer, podem apresentar diferentes atitudes quanto à sua doença e mesmo imagem corporal. Isto varia de acordo com o conceito que o paciente tem sobre o câncer e seu prognóstico real e imaginário. Muita gente considera o câncer como uma enfermidade suja e anti-social, teme que esta seja contagiosa e hereditária. Assim, não é estranho que pacientes que têm um câncer residual ou recorrente cheguem a expressar fantasia onde as células cancerí-

genas estão se movendo no interior do seu corpo, absorvendo-lhes a vida.

Os ostomizados em que a cirurgia é apenas paliativa, podem encontrar dificuldades em compreender a função do estoma, podendo a mesma constituir uma recordação do câncer invasor além de o paciente perceber o seu corpo como "indesejável" e "socialmente inaceitável". Isto, além de poder explicar o grande número de ausências e redução de relacionamento sexual entre os parceiros (24 dentre 34 respostas, Tabela 2), tendo como causa principal as condições psicológicas (23 respostas dentre 37, Tabela 3), constitui um reforço para explicar a alteração da sexualidade do ostomizado e as modificações na sexualidade de seu cônjuge.

Finalizando, Rubin & Devlin⁽⁷⁾ afirmam que os problemas físicos dos ostomizados tais como as complicações sexuais decorrentes da alteração no âmbito da ereção e ejaculação para os homens, estenose e perfuração vaginal na mulher e os problemas psicológicos como, ansiedade, depressão e vulnerabilidade, diminuição da auto-estima conseqüente de alterações na imagem corporal, podem levar a disfunções sexuais acarretando ausência e diminuição de relacionamento sexual, proporcionando uma redução na qualidade de vida do mesmo e, conseqüentemente, do seu parceiro.

Desta forma, devemos ressaltar a importância de uma orientação da equipe de saúde no âmbito da sexualidade, visando uma melhor reabilitação do casal.

Considerações finais

O presente trabalho pretendeu desenvolver uma discussão a respeito da sexualidade do ostomizado, segundo a percepção de seu parceiro, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais que possam interferir nas relações interpessoais.

Se por um lado a importância do tema e a escassez de literatura nacional motivaram-nos a realizá-lo, por outro lado, a limitação quantitativa da clientela, quer seja pelo curto espaço de tempo disponível para a coleta de dados, quer seja pelo acesso restrito dessa clientela aos Serviços (dificilmente os parceiros acompanham os ostomizados em consulta ambulatorial), não nos permitiu estabelecer conclusões, levando-nos tão-somente ao campo das reflexões, a partir das quais pudemos elaborar algumas suposições acerca da qualidade de vida dos casais, frente às alterações na esfera da sexualidade.

Através dos dados levantados foi possível constatar a queda na qualidade de vida, em conseqüência das mudanças na sexualidade dos ostomizados, apontados pelos parceiros, dirigidas principalmente para a diminuição ou ausência de relações sexuais.

Segundo Flanagan apud Burckhardt⁽⁴⁾, os itens fundamentais para a qualidade de vida são: bem estar físico e material, relação interpessoal, participação em atividades comuns e cívicas, desenvolvimento pessoal, realização e recreação, já que a criação de um estoma leva a uma mudança da imagem corporal, tornando-se traumatizante devido ao novo aspecto do corpo, podemos afirmar que o bem-estar físico e psicológico apresentam-se modificados, tanto para o parceiro como para o ostomizado, sobressaindo-se aqueles inseridos nos grupos que se encontram em período de adaptação mais precoce (A e B).

Desta forma, este estudo possibilitou observarmos que ambas as partes da relação parceiro-ostomizado sofrem mu-

danças no âmbito da sexualidade. É primordial portanto a atuação de profissionais de saúde para o desenvolvimento de um trabalho que promova, gradativamente, uma verdadeira aceitação do ostomizado pelo seu parceiro, possibilitando, assim, um embasamento psicológico sólido que permita uma aceitável qualidade de vida.

Diante da reflexão apresentada, propomos intervenções como a necessidade de iniciar, sempre que possível, o processo reabilitatório não só do ostomizado, como neste caso, mas também dos pacientes tidos como crônicos de um modo geral, numa fase diagnóstica e pré-operatória precoce, a fim de promover uma boa evolução no decorrer das etapas de reabilitação não só do cliente mas também do parceiro. Conforme Elcoat⁽⁹⁾ é primordial a formação de um vínculo de confiança entre profissionais, paciente e família para propiciar a abertura dos possíveis questionamentos frente à sua nova condição, em especial no âmbito da sexualidade, que é o propósito deste estudo.

É fundamental, para isso, que sempre a família ou no mínimo, o indivíduo significativo para o paciente na sua história de vida, seja adequadamente identificado para tomar parte, como elemento de decisão, no processo de reabilitação, tão importante quanto o próprio ostomizado.

Ao considerar estas questões, a equipe atuará no sentido de esclarecer que os parceiros poderão e deverão procurar uma readaptação também na vida sexual, através de um programa de orientação que permita estabelecer uma discussão clara sobre a função sexual alterada e a repercussão na vida associativa do casal. Os esclarecimentos deverão acontecer a partir das necessidades expressas pelos ostomizados e seus cônjuges, da mesma forma que o trabalho psicológico deverá ser implementado conforme o grau de aceitação dos mesmos para que estes possam enfrentar da melhor maneira possível esta nova realidade.

ANDRADE V, MÜLLER FS, FERREIRA AM, BARCO RS,
GOES FCG, LOUREIRO SCC & SANTOS VLCC -

SUMMARY: It's a marked reality that the ostomized's condition leads to expressive alterations in life style. This justifies the relevance that the rehabilitation process is established since the preoperative, in which the patient and his/her family, particularly, the partner, are the active nucleus of the process. This study intends to verify the partner's concepts of sexuality and their perception about the ostomized's sexuality changes and reasons of these changes. Forty-three ostomized's partners were interviewed (21 female and 22 male) with the mean age of 56. The results point that 68.8% of the 61 answers about concepts of sexuality correspond to the categories "tender relationship" and "sexual act" (34.4% for each one); 70.5% of the 34 answers about sexuality changes are related to reduction and absence of sexual relations and 62.1% of 37 answers about these changes refer to psychological conditions. Under these results we consider that the ostomized's partner can be increasing the worth of affection as a compensatory mechanism to overcome the disturbs of the couple's sexuality affected by the ostomized's body image and self image changes.

KEY WORDS: sexuality; ostomy patient; rehabilitation

REFERÊNCIAS

1. Bell N. Sexuality and the ostomist. *Nurs Times*, v. 85, n. 5, pp. 28-30, 1989.
2. Breckman B. *Enfermería del estoma*. Madrid, Interamericana, 1987.
3. Brunner LS, Suddart DS. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1993. Cap. 14, pp. 180-205: Princípios e práticas de reabilitação.
4. Burckhardt CS et al. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Res Nurs Health*, v. 12, pp. 347-354, 1989.
5. Cardoso S et al. *Os sentidos da paixão*. São Paulo, Cia. das Letras, 1987.
6. Carroll G. A study of ostomates and sexuality. *Aust Nurses J*, v. 19, n. 2, p. 11, 1989.
7. Coe M, Kluka S. Comparison os concerns of clients and spouses regarding ostomy surgery for treatment of cancer: phase II. *J Enterost Ther*, v. 17, n. 3, pp. 98-105, 1990.
8. Dani R, Castro LP. *Gastroenterologia clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988. V. 2.
9. Devlin HB, Rubin GP. The quality of life with a stoma. *Brit J Hosp Med*, pp. 300-306, 1987.
10. Dias SM. Efeitos da assistência extra-hospitalar a clientes colostomizados: um estudo exploratório em Juiz de Fora (MG). Rio de Janeiro, 1991. 104 p. Tese (Livres-Docência) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
11. Elcoat C. Identifying patient's problems. *Nurs Times*, v. 84, n. 8, pp. 67-70, 1988.
12. Elcoat C. Stoma care - Taking an holistic approach. *Nurs Times*, v. 84, n. 9, pp. 57-60, 1988.
13. Hite S. *O relatório Hite*. 2. Ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Difusão Editorial, 1978.
14. Hogan R. *Human sexuality - A nursing perspective*. 2. ed. Connecticut, Appleton Century Crofts, 1985, cap. 1, pp. 3-9: Human sexuality - An overview.
15. Klopp AL. Body image and self-concept among individual with stomas. *J Enterost Ther*, v. 17, n. 3, pp. 98-105, 1990.
16. Lacrete J. *O problema sexual*. 5. ed. Porto, Tavares Martins, 1955.
17. Leão PHS. *Síndrome pós-colostomia*. Fortaleza, UFC, 1989.
18. Leite DM. *Personalidade*. São Paulo, Nacional, 1963.
19. Moscovici F. *Desenvolvimento interpessoal*. 3. ed. Rio de Janeiro, pp. 58-71, 1985.
20. Ribeiro MO. A ideologia reproduzida na abordagem da sexualidade humana. Uma análise do discurso de estudantes de enfermagem da USP, São Paulo, 1990.
21. Riemann F. *A arte de envelhecer*. São Paulo, Veredas, 1990.
22. Santos GA, Santos VLC de G, Miyadahira AMK. Alguns aspectos da sexualidade do ostomizado. *Rev bras Coloproct*, v. 14, suppl. 1, p. 33, São Paulo, 1994.
23. Santos VLC de G. Reabilitação do ostomizado: em busca do ser saudável. *Rev Texto & Contexto*, v. 1, n. 2, pp. 180-90, 1992.
24. Shipes E. Psychosocial issues: the person with as ostomy. *Nurs Clin North Amer*, v. 22, n. 2, pp. 291-302, 1987.
25. Thompson JM. Quality of life after conventional ileostomy in NSW. *WCET*, v. 10, n. 3, pp. 8-14, 1990.
26. Zerbetto EM. Reabilitação do paciente ostomizado. *Rev Paul Enf*, v. 0, n. 0, pp. 16-20, 1981.
27. Ziperstein R. Family nursing and the role of the E.T. nurse. *WCET*, v. 12, n. 4, pp. 6-8, 1992.