UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Mercia Aparecida Pereira de Andrade Scarton

Câncer colorretal e colostomia: aspectos psicodinâmicos
envolvidos na vivência da sexualidade

São Paulo

2017

MERCIA APARECIDA PEREIRA DE ANDRADE SCARTON

**Câncer colorretal e colostomia: aspectos psicodinâmicos
envolvidos na vivência da sexualidade**

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues.

São Paulo

2017

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Scarton, Mercia Aparecida Pereira de Andrade
Câncer colorretal e colostomia: aspectos
psicodinâmicos envolvidos na vivência da
sexualidade / Mercia Aparecida Pereira de Andrade
Scarton; orientador Elisa Maria Parahyba Campos
Rodrigues. -- São Paulo, 2017.
114 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, 2017.

1. Psico-oncologia. 2. Neoplasias colorretais.
3. Sexualidade. 4. Psicanálise. I. Rodrigues, Elisa
Maria Parahyba Campos , orient. II. Título.

Nome: Mercia Aparecida Pereira de Andrade Scarton

Título: Câncer colorretal e colostomia: aspectos psicodinâmicos envolvidos na vivência da sexualidade.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Ao meu marido, Tiago, que tem me mostrado o mundo e as coisas que *valem a pena*. Entre *châteaux* e *campanili*, que sua presença sempre esteja em minha vida.

Aos meus pais, Lourdes e Roberto, por serem exemplos de vida e pelo amor incondicional.

Aos meus sobrinhos, Ana e João, que me ensinaram o que é o amor sem limites.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues, pelo acolhimento e aprendizado que me proporcionou ao longo desses anos no mestrado e também no Laboratório Chronos.

Ao Professor Doutor Avelino Luiz Rodriguez, pelos ensinamentos e oportunidades que me propiciou.

À psicóloga, pesquisadora e amiga Joana Figueiredo Vartanian, com quem compartilho desde muitos anos o desejo de seguir carreira acadêmica, por ter me acompanhado nas alegrias e percalços da vida desde a faculdade e com quem pretendo ainda celebrar muitas outras vitórias.

À amiga e grande parceira nessa jornada, a psicóloga Anali Póvoas Orico Vilaça, cujo apoio foi fundamental para a realização dessa pesquisa. Agradeço imensamente por todo auxílio e extrema boa vontade em me ajudar nessa caminhada.

À Rebecca Holanda Arrais, pelo auxílio e parceria, tanto no Laboratório Chronos como nos tantos outros eventos dos quais participamos (e ainda participaremos).

Aos colegas do Laboratório Chronos, pelo apoio, amizade e momentos de aprendizado e descontração.

À enfermeira Rosana Santiago Costa Vilarinho, por toda gentileza, atenção e cuidado que foram fundamentais para esse trabalho.

À Claudia Rocha, secretária da Pós-graduação em Psicologia Clínica, sempre tão solícita e amável, pela ajuda nas questões burocráticas.

À Sandra Guelman, por todo apoio inicial e direcionamentos que foram imprescindíveis para a condução dessa pesquisa.

À Fundação CAPES, pela concessão de bolsa de estudos.

O mais é nada

[...]

Quem você ama? Guarde dentro de um porta joias, tranque, perca a
chave! Quem você ama é a maior joia que você possui, a mais valiosa.
Não importa se a estação do ano muda, se o século vira e se o milênio é
outro, se a idade aumenta; conserve a vontade de viver,
não se chega à parte alguma sem ela.
Abra todas as janelas que encontrar e as portas também.
Persiga um sonho, mas não deixe ele viver sozinho.
Alimente sua alma com amor, cure suas feridas com carinho.

[...]

Procure os seus caminhos, mas não magoe ninguém nessa procura.
Arrependa-se, volte atrás, peça perdão!
Não se acostume com o que não o faz feliz, revolte-se
quando julgar necessário.
Alague seu coração de esperanças, mas não deixe que ele se afogue nelas.
Se achar que precisa voltar, volte!
Se perceber que precisa seguir, siga!
Se estiver tudo errado, comece novamente.
Se estiver tudo certo, continue.
Se sentir saudades, mate-a.
Se perder um amor, não se perca!
Se achá-lo, segure-o!
Circunda-te de rosas, ama, bebe e cala.
O mais é nada.

Fernando Pessoa

RESUMO

Scarton, M. A. P. A. (2017). *Câncer colorretal e colostomia: aspectos psicodinâmicos envolvidos na vivência da sexualidade*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O câncer colorretal é o segundo tipo que mais causa mortes no Brasil. Podem ser utilizados vários tratamentos para esses casos, tais como a quimioterapia, radioterapia e cirurgias, dentre as quais, a colostomia. Apesar de trazer sobrevida, a colostomia pode acarretar mudanças físicas e psicológicas que impactam diretamente os doentes. Pesquisas na área da Psico-oncologia são consideradas importantes nesses casos, pois estudam as dimensões psicológicas do câncer sob diferentes aspectos. Na presente dissertação, foi realizado estudo de caso instrumental com dois sujeitos – cada qual se relacionando em regime de união estável – com o objetivo de analisar as questões psicodinâmicas envolvidas na vivência da própria sexualidade após a colostomia. Para atingir tal objetivo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e o teste psicológico HTP. Os resultados foram analisados sob enfoque psicanalítico e indicaram: queda na autoestima; autoimagem corporal negativa; isolamento social e dificuldades na aceitação do uso da bolsa coletora; luto pela perda do corpo saudável; vergonha e receio de que os outros percebam sua condição de colostomizado. A dinâmica psíquica de cada entrevistado impactou a maneira de experienciar esse processo. Com personalidades e formas de enfrentamento distintas, foram encontradas diferenças na forma de lidar com seus próprios relacionamentos afetivos. A despeito dessas questões, a colostomia emergiu como a principal culpada pelo distanciamento ocorrido entre as partes, em relação a ambos os casais, embora muitos reveses já estivessem presentes na rotina conjugal antes mesmo da cirurgia. Além disso, a falta de apoio conjugal, indiferença por parte do companheiro e dificuldades na convivência colaboraram para o surgimento de barreiras entre o casal, contribuindo para a derrocada da vida sexual. Os pacientes não foram encaminhados para acompanhamento psicológico, embora considerem a psicoterapia importante. Não encontraram oportunidade em serviços públicos de saúde para dirimir dúvidas e abordar questões de ordem pessoal, conjugal ou sexual.

Palavras-chave: Psico-oncologia. Neoplasias colorretais. Sexualidade. Psicanálise.

ABSTRACT

Scarton, M. A. P. A. (2017). *Colorectal cancer and colostomy: psychodynamic aspects involved on sexuality experience*. (Masters degree). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Colorectal is the second type of cancer that causes death in Brazil. There are some kinds of treatment for this disease, including chemotherapy, radiotherapy and surgeries, such as the colostomy. Although this surgery increases survival rates, colostomy might bring physical and psychological changes which impact directly patients on this condition. Researches in the field of psycho-oncology are important on this cases, considering it comprehends psychological dimensions of cancer by different perspectives. An instrumental study was carried out, with two participants, both living in a common-law marriage. The goal of this research was to analyze psychodynamic aspects involved on their sexual experience after colostomy. In order to accomplish this goal, semi-structured interviews were conducted as well as the application of the psychological test HTP. The results were analyzed by the psychoanalytical approach and indicated self-esteem decrease; negative self-body perception; social isolation and difficulties in accepting the use of the colostomy bag; mourning over the lost healthy body; shame and concerns about others realize they are carrying a colostomy bag. Each personal patient's psychodynamic impacted the way of dealing with this process. Having distinct personalities and coping strategies, differences were found on the way of dealing with their own relationships. Despite these questions, colostomy had emerged as the main reason for the emotional distance in the relationship, even though a lot of setbacks were already part of their daily routine before the surgery. Furthermore, lack of conjugal support, partners' indifference and cohabitation adversities cooperated for the emergence of barriers between the couple and all of that contributed to decadence of sexual life. The patients were not referred to psychological support, despite considering psychotherapy important. They have not found any opportunity to dispel doubts about personal, conjugal or sexual subjects on public health care system.

Keywords: Psycho-oncology, Colorectal neoplasms, sexuality, psychoanalysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dados da revisão sistemática da literatura	33
Figura 2: Desenho Casa - Lucio	107
Figura 3: Desenho árvore - Lucio	108
Figura 4: Desenho figura humana - Lucio	109
Figura 5: Desenho figura humana do sexo oposto - Lucio	110
Figura 6: Desenho casa - Fernanda.....	111
Figura 7: Desenho árvore - Fernanda.....	112
Figura 8: Desenho figura humana - Fernanda	113
Figura 9: Desenho figura humana do sexo oposto - Fernanda	114

LISTA DE SIGLAS

ABRACCIA	Associação Brasileira de Combate ao Câncer Infantil e Adulto
ABRAPAC	Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes de Câncer
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
CCR	Carcinoma Colorretal
GARPO	Grupo de Apoio e Reabilitação do Paciente Ostomizado
HRQOL	Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
HTP	House, Tree, Person
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
WHO	World Health Organization
SBPO	Sociedade Brasileira de Psico-oncologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PS	Pronto-Socorro
SBC	Sociedade Brasileira de Cancerologia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CÂNCER E PSICO-ONCOLOGIA.....	16
1.1.1 Câncer colorretal e colostomia.....	20
1.1.2 Psico-oncologia: panorama geral.....	23
1.2 A PSICODINÂMICA DA SEXUALIDADE.....	27
1.3 SEXUALIDADE, CÂNCER E COLOSTOMIA: UMA REVISÃO	31
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	37
3 MÉTODO	38
3.1 DELINEAMENTO	38
3.2 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS.....	40
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E COLETA DE DADOS.....	41
3.4 INSTRUMENTOS E ANÁLISE DE DADOS	43
3.4.1 Entrevista clínica.....	43
3.4.2 Teste psicológico HTP	45
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	47
4 RESULTADOS.....	48
4.1 CASO 1: LUCIO.....	49
4.1.1 Teste HTP	49
4.1.1.1 Casa (Figura 2).....	49
4.1.1.2 Árvore (Figura 3)	50
4.1.1.3 Pessoa (Figura 4).....	50
4.1.1.4 Pessoa do sexo oposto (Figura 5).....	51
4.1.2 Entrevista clínica.....	51
4.1.2.1 História pessoal.....	55
4.1.2.2 História da doença.....	55
4.1.2.3 Relacionamento conjugal e sexual após a colostomia.....	57
4.1.3 Acompanhamento do caso.....	58
4.1.3.1 Eixo Temático I: Desmistificando a colostomia	59
4.1.3.2 Eixo Temático II: relacionamento conjugal e relacionamentos sociais	61

4.1.3.3	Término do acompanhamento.....	63
4.2	CASO 2: FERNANDA.....	64
4.2.1	Teste HTP	64
4.2.1.1	Casa (Figura 6).....	64
4.2.1.2	Árvore (Figura 7)	65
4.2.1.3	Pessoa (Figura 8).....	65
4.2.1.4	Pessoa do sexo oposto (Figura 9).....	66
4.2.2	Entrevista Clínica	66
4.2.2.1	História pessoal.....	69
4.2.2.2	História da doença.....	70
4.2.2.3	Relacionamento conjugal e sexual após a colostomia.....	72
4.2.3	Acompanhamento do caso.....	73
5	DISCUSSÃO.....	75
5.1	PASSADO X FUTURO: PARA ONDE IR?.....	76
5.1.1	Lucio: desligamento da realidade e idealização do passado	76
5.1.2	Fernanda: hiato no presente e idealização do futuro	78
5.2	FALTA DE INFORMAÇÕES E ACESSO À SAÚDE	80
5.3	LUTO, AUTOESTIMA E APOIO CONJUGAL	82
5.4	SUJEIRA VINDO À TONA: O SIMBOLISMO DA COLOSTOMIA	86
5.5	É O FIM? ISOLAMENTO E DERROCADA DA VIDA SEXUAL.....	88
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES	103
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
	APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA.....	105
	APÊNDICE C – STRINGS DE BUSCA FORNECIDOS PELAS BASES DE DADOS	106
	ANEXOS	107
	ANEXO A – DESENHOS DE LUCIO (HTP).....	107
	ANEXO B – DESENHOS DE FERNANDA (HTP).....	111

APRESENTAÇÃO

A questão do acolhimento, do cuidado e do olhar para o outro é o que move meu trabalho como psicóloga, desde quando me formei, no ano de 2008. Trabalhar com Psicologia no Brasil ainda é um desafio, pelas mais variadas razões e, ainda assim, a experiência na clínica continua me motivando diariamente.

Existem algumas particularidades nos atendimentos a pacientes com câncer. Não raramente, um trabalho desse tipo provoca pensamentos diversos sobre nossa própria condição de ser humano e essa reflexão é capaz de proporcionar um crescimento pessoal muito significativo. Acolher esses pacientes num momento em que estão fragilizados pela dor, assombrados pelo medo e convidados a refletir sobre a própria finitude tem grande importância para todos: psicólogos, pacientes, familiares e equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados.

Em 2014 iniciei minhas atividades no Laboratório Chronos, realizando atendimentos a pacientes com câncer e voltando meu olhar, sobretudo, para as questões científicas envolvidas na prática da Psico-oncologia. Aliando esse aprendizado à minha experiência profissional em hospitais, minha atenção se voltou para uma população bastante específica dentre os acometidos pela doença: pacientes colostomizados em razão de câncer colorretal.

Muitos desses pacientes são operados em situações de caráter emergencial e sequer têm a mais remota ideia da extensão, finalidade e impactos dessa cirurgia. Quando acordam, são informados sobre uma *bolsinha* que, a partir desse momento (e, às vezes, para sempre), deverá estar junto de si diuturnamente e por meio da qual serão eliminadas as fezes.

Os sentimentos desses pacientes após acordarem da cirurgia são das mais diversas ordens; se, por um lado, sentem-se aliviados por uma possibilidade de cura e sobrevivência, por outro, começam a florescer dúvidas profundas sobre como será sua vida dali por diante. Pensam em como irão apresentar-se em público, trabalhar, ir à praia, usar as mesmas roupas de antes, seguir com seus namoros e casamentos... enfim, como seguirão a vida a partir desse evento?

Partindo dessas questões, foi despertada em mim a curiosidade em compreender melhor o universo do paciente colostomizado em função de um câncer colorretal, sobretudo no que se refere à vivência de sua sexualidade após a cirurgia. Como esses pacientes lidam com a autoestima, a nova imagem corporal e a sexualidade? Qual a participação e ajuda de seus parceiros nesse processo?

Evidentemente, uma pesquisa de mestrado não seria suficiente para dar conta de responder a tantas questões. À parte isso, foi uma oportunidade de chamar a atenção da

comunidade científica para que voltem seus olhares na direção dessa população que, mais do que *sobreviventes* de câncer, anseiam por serem *viventes ativos* e *normais*, dentro das possibilidades que lhes são impostas após a doença.

Amadurecida como profissional psicóloga, fortalecida como pessoa e ainda com muitas perguntas como pesquisadora, com essa dissertação espero contribuir para levantar algumas questões tão importantes dentro dessa temática. Encerro essa breve apresentação com a fala de uma das participantes dessa pesquisa, que de maneira simples e genial, conseguiu sintetizar seus sentimentos sobre a doença e a cirurgia: “*Precisava ser assim? Não sei... o que sei é que foi a bolsa que me deixou viva e sou muito grata à vida por isso*”.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER E PSICO-ONCOLOGIA

Segundo a mitologia grega, Hidra era um monstro com várias cabeças venenosas que causavam a morte daqueles que aspiravam seu tóxico hálito. Hercules tentava vencer a Hidra, porém, para cada cabeça que lhe cortava, duas surgiam em seu lugar. Campos (2010) faz uma alusão à mitologia quando compara a luta de Hercules àquela experienciada por alguém acometido por uma neoplasia. Este sujeito, tal como Hercules, tenta bravamente enfrentar a Hidra/Câncer, na busca de uma remissão que lhe possibilite uma vida longa e plena. Algumas vezes, essa luta pode ser incessante, sobretudo quando da ocorrência de metástases, que podem passar ao portador da neoplasia a impressão de que a doença, tal como a Hidra, é invencível.

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2015), “o câncer é um processo de crescimento e disseminação incontrolada de células. Pode aparecer praticamente em qualquer lugar do corpo. O tumor costuma invadir o tecido circundante e pode provocar metástase em pontos distantes do organismo” (tradução nossa)¹. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2016), 600 mil novos casos de câncer são esperados para os anos de 2016 e 2017 no Brasil.

Considerada uma moléstia antiga, a primeira menção a câncer remete a Galeno (130/200 d.C). A ele é atribuída a primeira classificação dos tumores, bem como a associação de estados emocionais e formação de neoplasmas. Hipócrates, por sua vez, utilizou pela primeira vez o termo “carcinos”, fazendo uma associação entre ela e um mau prognóstico. Esses dados históricos demonstram que essa doença esteve presente desde tempos remotos na história da humanidade (Coelho, 1998).

Segundo Holland (1990), apenas na Idade Média, após a descoberta da anestesia, tornou-se possível pensar em tratamentos para os carcinomas. Ainda assim, a chance de cura era rara e a morte era um desfecho previsível (visão esta que ainda perdurou por um período do século XIX). Isso se dava, dentre outras questões, devido ao fato de não haver recursos tecnológicos e médicos que possibilitassem um tratamento eficaz e capaz de mudar ou interromper o curso natural da doença.

¹ “Cancer is the uncontrolled growth and spread of cells. It can affect almost any part of the body. The growths often invade surrounding tissue and can metastasize to distant sites”.

No início do século XX, as cirurgias passaram a oferecer uma possibilidade real de cura e, nesse contexto, foi percebida uma associação entre o diagnóstico precoce e um favorável prognóstico de remissão. Iniciou-se, então, um movimento de educação da população, buscando informá-la, por exemplo, sobre os sintomas da doença, com o intuito de que sua descoberta fosse realizada o mais precocemente possível. A radioterapia, a partir de 1920, passou a ser considerada como uma segunda possibilidade de tratamento e, em 1940, foi o momento da quimioterapia possibilitar a remissão para esses pacientes (Holland, 1990). Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), os tratamentos atuais para esta patologia incluem cirurgias, quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea, podendo ser realizadas combinações desses tratamentos².

Ao longo da história, a palavra câncer tem sido relacionada a conceitos como os de ameaça, dureza e força. No decurso dos anos, esteve ligada ao medo, à invencibilidade e à ameaça real de morte. Ainda nos dias de hoje, em determinadas populações, não é raro encontrar aqueles que preferem não nomear essa enfermidade, optando por se referir a ela como “aquela doença” (Stephan, 2008).

Holland (1990, p. 4) menciona que:

Câncer ainda é uma metáfora escolhida para qualquer situação social ou condição que, de forma vagarosa e inexorável, destrói ou corrói. Expressões como “o câncer de nossa sociedade”, o “crescimento do câncer do sistema político”, transmitem um sinistro significado e contribuem para a estigmatização da pessoa que tem câncer³. (Tradução nossa)

Devido aos estigmas que o acompanhava, o câncer passou a ser visto como algo que deveria ser escondido. Explicações equivocadas sobre sua etiologia o ligavam à promiscuidade sexual e à falta de higiene, além de concebê-lo como uma doença contagiosa. Em função de seu diagnóstico geralmente vir acompanhado de um estigma de inevitabilidade da morte, constituía algo que a equipe médica revelava aos familiares do doente, cabendo a estes a escolha por transmitir ou não a verdade ao enfermo. Quando se optava por ocultá-la, o paciente ficava à margem de seu próprio diagnóstico (Veit & Carvalho, 2008).

Com o avanço tecnológico e médico, e à medida que passaram a ocorrer situações de remissões das neoplasias, deu-se uma diminuição do pessimismo que até então estava associado ao prognóstico da doença. Por essa razão, a partir desse momento passou a não existir mais a necessidade de ocultar do doente sua real condição de saúde. Os pacientes passaram, então, a

² Fonte: INCA (n.d.). “Tratamento do câncer”. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>.

³ “Cancer is often the metaphor chosen for any social state or condition that slowly but inexorably destroys or erodes. Such expressions as ‘the cancer of our society’, and the ‘growing cancer of the political system’, convey its sinister meaning and contribute to the stigmatization of the person who has cancer”.

serem informados sobre seu próprio diagnóstico e, dessa forma, passaram a ter o direito de participar e auxiliar em seu próprio processo de recuperação (Holland, 2002).

A partir de 1948, ano em que foi desenvolvido o primeiro instrumento de medida da qualidade de vida de pacientes oncológicos, denominado *Performance status scale*, foi observado o surgimento e o aperfeiçoamento de diversas outras escalas com objetivos semelhantes (Costa Neto & Araujo, 2008). Esse tipo de avaliação torna-se fundamental, na medida em que abre a possibilidade de que o enfermo seja visto de maneira ampla, considerando-se aspectos que não estejam restritos exclusivamente à doença. Nas palavras de Kligerman (1999, não paginado):

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Daí a necessidade de se estabelecer o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente.

Enfrentamento é definido por Peçanha (2008, p. 209) como “o processo de mobilização emocional, comportamental e cognitiva visando à adaptação a situações que mudam em cada etapa da doença”. O processo de enfrentamento configura-se como questão fundamental, tendo em vista que o descobrimento de um carcinoma é um estressor ambiental que implica reações físicas e emocionais que podem ser, algumas vezes, de difícil aceitação e adaptação. Sobre essa questão, Silva (2008, p. 232) menciona que:

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem.

Há diversas estratégias de enfrentamento que podem ser utilizadas pelos pacientes, e cumpre destacar que nenhuma delas deve ser considerada superior à outra. Isso porque cada uma delas poderá ser considerada adequada, ou não, de acordo com o contexto no qual estiverem inseridas (Peçanha, 2008).

Existem, a despeito de todos os avanços médicos e tecnológicos, casos mais graves ou avançados, em que a remissão ou a possibilidade de retardamento da doença não é mais possível. No caso de neoplasias que são consideradas agressivas e sem possibilidade de cura, o paciente caminha rumo à sua própria finitude e, quando uma situação como essa se impõe, recomenda-se que o indivíduo seja encaminhado para cuidados paliativos (Figueiredo, 2008).

De acordo com Rolland (1995), existem três fases no curso de uma doença crônica e o enfrentamento estará condicionado à fase em que o paciente se encontra. Para cada uma dessas etapas, existem algumas tarefas que devem ser cumpridas pelo doente e por familiares, a saber:

- Fase 1 – Crise: compreende o período de aparecimento dos sintomas até a definição de um diagnóstico. Tarefas: aprender a lidar com a dor, ambientar-se ao hospital e compreender e aceitar as mudanças ocorridas por ocasião da doença;
- Fase 2 – Crônica: compreende o período entre a descoberta do diagnóstico e a entrada na fase terminal. Tarefas: a família deve lidar com a questão da doença como parte da realidade atual; manter a “normalidade” dentro de uma situação de “anormalidade”;
- Fase 3 – Terminal: compreende as etapas finais da doença, culminando na inevitabilidade da morte. Tarefas: lidar com o luto e com a questão da perda.

Campos (2010, p. 42), salienta, entretanto, que o câncer, na atualidade, é considerado uma doença crônica, que não necessariamente leva pacientes à morte. Em suas palavras: “o câncer pode ser considerado uma doença crônica e potencialmente mais prevenível e até mesmo curável, se levarmos em conta, nessa afirmação, o tipo de tumor, o estágio em que é diagnosticado e a acessibilidade do paciente a tratamentos e medicações”.

Segundo Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013, p. 88),

A ideia de luto não se limita apenas à morte, mas o enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante o desenvolvimento humano. Deste modo, pode ser vivenciado por meio de perdas que perpassam pela dimensão física e psíquica, como os elos significativos com aspectos pessoais, profissionais, sociais e familiares do indivíduo.

No caso de pacientes que sofrem mutilações ocasionadas por doenças ou tratamentos, também se desencadeia um processo de luto e aceitação da nova imagem corporal. Kübler-Ross (1996), aponta algumas fases que precisam ser elaboradas para que o processo de aceitação e luto seja completado. As fases apontadas por ela são:

1. Negação e isolamento: nessa etapa, o paciente tende a negar o diagnóstico, buscando, por vezes, outros médicos e outros exames que comprovem o “erro”. Em seu livro, Kübler-Ross (1996) exemplifica com frases dos pacientes que entrevistou e que se encontravam nessa etapa, tais como: “não, não pode ser comigo”. Ocorre uma reação de choque, temporária, que melhora gradualmente;
2. Raiva: Essa fase substitui a negação e é o momento em que o paciente pensa: “Por que comigo?”. O paciente dirige essa raiva nas mais variadas direções, tornando, algumas vezes, o ambiente difícil;
3. Barganha: costuma durar um curto período de tempo e corresponde a um período em que o paciente tenta fazer “trocas” em favor de sua saúde. Geralmente são feitas promessas a Deus para ter sua saúde de volta;

4. Depressão: o sujeito percebe, nessa fase, que não há nenhuma negociação possível de ser feita: a doença está posta e esta é a realidade. Ocorre um sentimento de impotência diante da situação;

5. Aceitação: nessa fase, a última listada pela autora, o sujeito aceita a situação sem desespero ou negação.

1.1.1 Câncer colorretal e colostomia

Dentre os diversos tipos de carcinoma intestinal, o colorretal (CCR) refere-se àquele que acomete o cólon e o reto (Maruyama & Zago, 2005). O CCR pode se originar em qualquer parte entre o colón, reto ou canal anal. Grande parte dessas neoplasias se inicia com uma lesão benigna (pólipos) que pode evoluir até o ponto de se tornarem tumores malignos⁴. Quando descoberto em estágios iniciais, é curável por meio de cirurgia, sendo a taxa global de sobrevida de 50% num período de cinco anos (Evangelista, 2008).

De acordo com o INCA⁵, para os anos de 2016 e 2017 são esperados registros de 596 mil casos de câncer no Brasil, sendo 295.200 casos em entre os homens e 300.800 casos entre as mulheres. Para câncer de cólon e reto, a expectativa para 2016 eram de 16.660 novos casos para homens e 17.620 para mulheres. Alguns dados estatísticos divulgados pelo Instituto, além dos supramencionados, são importantes para que se tenha um panorama geral do CCR:

- 20 milhões de pessoas no mundo têm câncer;
- 600 mil novos casos/ano no Brasil;
- 60% desses pacientes têm diagnóstico tardio;
- 1/3 dos casos de câncer são evitáveis.

A fim de ilustrar quais são os denominados “casos evitáveis” do desenvolvimento de neoplasias, o Gráfico 1 – Fração atribuível dos principais fatores de risco do câncer – mostra as frações atribuíveis a cada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de um câncer.

⁴ Fonte: INCA (n.d.). Colorretal. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal>.

⁵ Fonte: INCA (n.d.). 27 de novembro - Dia Nacional de Combate ao Câncer. Estimativa 2016/2017. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>.

Gráfico 1 - Fração atribuível dos principais fatores de risco do câncer

Fonte: Doll e Peto (1981).

Evangelista (2008) aponta diversos fatores que podem estar relacionados com o desenvolvimento da doença, dentre os quais menciona três aspectos, quais sejam:

1. Questões genéticas: parentes de pacientes que já foram diagnosticados com câncer de cólon apresentam três vezes mais risco de desenvolver a doença, se comparados à população em geral.
2. Doenças inflamatórias intestinais: pacientes que as apresentam têm cerca de 30 vezes mais chances de desenvolver um CCR.
3. Polipose de cólon e do reto: em torno de 60% dos CCR estão associados a esses pólipos. Cerca de 24% dos pacientes que não tratam de maneira adequada tais pólipos virão a desenvolver câncer invasivo num prazo de vinte anos. É importante, portanto, o diagnóstico precoce e a retirada dos pólipos a fim de evitar o desenvolvimento do CCR.

Segundo Holland (1990), o *National Research Council's Committee on Diet, Nutrition and Cancer*, em 1982, no lançamento de orientações sobre prevenção da doença, recomendava que fossem realizadas mudanças na dieta com a finalidade de reduzir possíveis cânceres, especialmente os do tipo gastrointestinais.

A introdução de grande quantidade de carne vermelha e gordura animal nas dietas, bem como níveis altos de colesterol nas fezes estão diretamente relacionados a um maior risco de incidência do CCR (Evangelista, 2008). O INCA⁶ elenca outros fatores que podem contribuir para o aparecimento da doença, tais como: histórico familiar de CCR, idade acima de 50 anos, histórico pessoal de câncer, baixo consumo de cálcio, sedentarismo e obesidade, entre outros.

⁶ Fonte: INCA (n.d.). COLORRETAL. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal>.

O Ômega 3 (óleo proveniente de peixes), em contrapartida, possui efeito protetor contra esse tipo de neoplasia, assim como a ingestão de fibras vegetais, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC, 2017). A fim de evitar o desenvolvimento de um CCR, o INCA recomenda a realização de exercícios físicos regularmente, bem como a manutenção de uma dieta rica em vegetais e pobre em gordura, além de evitar o consumo exagerado de carne vermelha.

Para detecção do CCR, é importante a observação dos hábitos intestinais, sendo que alterações diversas (calibre das fezes e frequência das evacuações), bem como sangramento retal são sinais de alerta que devem ser investigados com mais cuidado. Outros sintomas também podem surgir, tais como perda de peso, anemia e dor abdominal (Evangelista, 2008). Para detecção precoce, além de exames clínicos, podem ser realizados outros, que incluem a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia. Para o diagnóstico, é necessária realização de biópsia.

Podem ser utilizados, para tratamento em casos de CCR, procedimentos cirúrgicos, além de quimioterapia e radioterapia, as quais geralmente precedem uma cirurgia. Para pacientes com CCR, é considerada relativamente comum a realização de cirurgias de colostomia. Ostomia significa a abertura realizada por meio de uma cirurgia cuja finalidade é desviar o caminho da alimentação ou mesmo a sua eliminação. Esse procedimento pode ter caráter temporário ou definitivo. A colostomia diz respeito, especificamente, à exteriorização do cólon, por meio de uma abertura realizada no abdômen do paciente. Tal abertura tem por finalidade a eliminação fecal (Stumm, Oliveira, & Kirschner, 2008). De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO, n.d.), além da colostomia, outros tipos de ostoma são: a ileostomia, que faz a ligação do intestino delgado com o exterior; e a urostomia, responsável por desviar o curso da urina.

A realização dessa cirurgia, via de regra, traz uma sobrevida para os pacientes (Maruyama & Zago, 2005). Apesar disso, as dificuldades encontradas por aqueles que passam por esse procedimento podem ser das mais diversas ordens. A alteração fisiológica gastrointestinal que ocorre acarreta mudanças físicas e psicológicas relacionadas com a autoimagem corporal e autoestima (Sonobe, Barichello, & Zago, 2002).

O CCR pode trazer ao paciente, além da preocupação com a doença em si, dificuldades relacionadas à função intestinal e ao impacto da convivência com a bolsa coletora, podendo desencadear problemas psicológicos, bem como na vida social e sexual. Alguns homens que passam por cirurgia correm o risco de ficar impotentes e, as mulheres, ainda que mantendo sua

vida sexual ativa, podem relatar desconforto durante o sexo, causando uma diminuição em seu interesse sexual (Holland, 1990).

A equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados do enfermo, diante da indicação de uma cirurgia como as ostomias, deve estar atenta ao histórico do paciente, pois alguns quadros presentes em sua história pregressa podem requerer atenção especial, uma vez que podem ser indicativos de futuras dificuldades de adaptação à bolsa coletora. Nesse contexto, atenção especial deve ser dada a casos de “relação perturbada com a equipe, incapacidade para consentir a cirurgia, ansiedade demasiada no pré-operatório e recusa em realizar a cirurgia, exacerbação de um distúrbio psiquiátrico preexistente, delírio ou desordem mental pós-operatória e baixa adesão ao processo de reabilitação” (Jacobsen & Holland, 1990, p. 119, tradução nossa)⁷.

1.1.2 Psico-oncologia: panorama geral

No Brasil, ainda na década de 40, os hospitais eram considerados como centros principais que abarcavam o atendimento às diversas questões ligadas à saúde, seguindo um modelo clínico assistencialista (Castro & Bornholdt, 2004). Dentro dessas instituições, o médico é considerado o protagonista, pois cabe a ele as deliberações relacionadas aos pacientes (Fossi & Guareschi, 2004). Conforme aponta Moretto (2001, p. 63), a ordem médica é uma prescrição que “*se impõe por si mesma*”, devendo ser respeitada e seguida por todos os funcionários num hospital.

Em um contexto de um modelo biomédico⁸, o corpo humano é pensado como um relógio com suas diversas engrenagens: se alguma parte do sistema para de funcionar, deve ser mecanicamente consertada, a fim de que o aparelho volte a funcionar normalmente (Barros, 2002). Com uma concepção como esta, conforme descreve Moretto (2001), não apenas o doente fica alheio à sua própria condição: o discurso médico, sustentado pela cientificidade, exclui também a subjetividade da figura do médico, o qual deve calar seus sentimentos em prol da execução de uma “*boa medicina*”.

Essa dinâmica de exclusão de subjetividades traz à tona a relação médico-doente que, na realidade, passa a ser uma relação instituição médica-doente, na medida em que o médico é

⁷ “A disturbed relationship to the surgeon or staff, inability to give consent, severe preoperative anxiety and refusal of surgery, exacerbation of preexistent psychiatric disorder, postoperative psychiatric delirium or mental disorder, and poor compliance with rehabilitation”.

⁸ Modelo influenciado, dentre outros, pelo dualismo cartesiano predominante na primeira metade do século XVIII (Veit & Carvalho, 2008).

um simples representante da instituição e o doente é apenas aquele que porta a doença. Uma das consequências desse cenário é a de que apenas o discurso médico passa a ter validade; o discurso do doente, em contrapartida, pode estar sob influência de sua angústia, o que, portanto, o ilegitimaria (Moretto, 2001).

Na contramão desse pensamento emergiu um novo modelo, de cunho biopsicossocial, segundo o qual é imperativa uma visão integral do ser humano, inclusive no que diz respeito ao seu processo de adoecimento, levando em consideração aspectos de ordem física, psicológica e social (Marco, 2006). Tal corrente busca compreender o paciente como um ser inteiro, num *continuum* mente-corpo, em que a esfera psicológica exerce importante papel. Essa mudança de paradigma implica que seja realizada uma avaliação ampla e completa do paciente, considerando aspectos psicológicos envolvidos nesse processo e não reduzindo o paciente a um organismo doente. (Campos, 2010).

Nas palavras de Fossi e Guareschi (2004):

as equipes médicas (e também outros funcionários do hospital) relatam que, em alguns casos, somente a ajuda médica não basta para o tratamento ser considerado bem sucedido: o ser humano é muito mais que um corpo físico, e assim, o atendimento integral à saúde é indiscutível.

Num contexto biopsicossocial, a ciência, especialmente devido às diversas descobertas advindas de pesquisas e tecnologias médicas, contribuiu para um maior conhecimento do corpo humano e, por conseguinte, para um maior conhecimento sobre os aspectos biológicos do câncer (Gimenes, 1994). Por essa razão, diversos mitos e estigmas associados à doença foram quebrados ao longo do século XX, fator que tornou possível uma mudança na forma de lidar com a doença e com o próprio doente.

Por meio das pesquisas realizadas no decorrer dos anos, percebeu-se que aspectos psicossociais estavam relacionados à incidência, remissão e evolução dos cânceres, de modo que os aspectos psicológicos passaram a fazer parte das preocupações de médicos com relação aos pacientes em tratamento (Veit & Carvalho, 2008). Surgiu, assim, ainda no início dos anos 70, a área denominada Psico-oncologia, influenciada pela desmistificação do câncer (Campos, 2010), tendo sido definida por Holland (1990, p. 11) como uma:

[...] subespecialidade da oncologia que busca estudar as duas dimensões psicológicas do câncer: (1) o impacto do câncer nas funções psicológicas dos pacientes, bem como de sua família e equipe envolvida no tratamento; e (2) as influências que variáveis psicológicas e comportamentais podem ter no risco de câncer e de sobrevivência. (Tradução nossa)⁹

⁹ “This subspecialty of oncology seeks to study the two psychological dimensions of cancer: (1) the impact of cancer on the psychological function of the patient, the patient’s family, and staff; and (2) the role that psychological and behavioral variables may have in cancer risk and survival”.

Diversas pesquisas passaram a ser realizadas associando estados psicológicos ao câncer, bem como à adesão ao tratamento e prevenção, relacionando tais variáveis ao tempo de sobrevivência dos pacientes. Ademais, foram desenvolvidas técnicas de intervenção, de modo que se passou a ter à disposição conhecimentos teóricos de aspectos psicológicos relacionados com o câncer e, assim, consolidou-se a Psico-oncologia (Veit & Carvalho, 2008).

Segundo Holland (1990), diversos fatores contribuíram para o aumento do interesse a respeito dos aspectos psicológicos envolvidos com o câncer. Dentre eles, menciona os seguintes: aumento do otimismo em relação à doença e ao seu tratamento; preocupações em relação à tomada de decisões por parte do paciente e aspectos humanos no cuidado médico; avanços que permitiram diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes (combinando quimioterapia, cirurgia e radioterapia); reconhecimento de que questões comportamentais e psicológicas estavam relacionados a fatores de risco; e o surgimento de interconsultas psiquiátricas, com foco nos aspectos psicológicos que envolvem a doença.

A partir de então, diversos estudos científicos na área passaram a ser realizados. Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987) ressaltam a importância do envolvimento dos próprios pacientes em seus processos de adoecimento, tratamento e remissão da doença, a partir do momento em que se tornam ativos nesse processo. Esse envolvimento, na visão dos autores, possibilita maior adesão ao tratamento e estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe médica.

O adoecimento em função de uma neoplasia influencia tanto o doente como sua família, a equipe envolvida no tratamento e seus cuidadores. Almico e Faro (2014) investigaram o enfrentamento em cuidadores de crianças em quimioterapia e concluíram que a sobrecarga advinda pelos cuidados pode causar sofrimento e prejudicar, assim, o enfrentamento. O estudo demonstrou, ainda, a existência de atitudes positivas no que se refere ao processo de quimioterapia e constatou, ao final, a necessidade de que o cuidador também seja acompanhado por profissionais da área.

Araújo e Silva (2007) realizaram um estudo, com 39 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, que objetivava conhecer expectativas relacionadas à comunicação com a equipe de enfermagem. Os resultados demonstraram: a importância que esses pacientes davam ao relacionamento interpessoal com a equipe, valorizando empatia e compaixão; a importância da confiança estabelecida na equipe, percebida por comportamentos não verbais das enfermeiras; a evitação de assuntos relacionados à morte e à terminalidade; e a valorização da alegria, humor e otimismo.

Importante pesquisa realizada por Staliano e Araújo (2009) mapeou as publicações realizadas na área da Psico-oncologia constantes na base de dados PePSIC. Por meio de pesquisa com os descritores *psicologia* AND *oncologia* OR *câncer*, foram identificados 80 estudos entre os anos de 1990 e 2009. Concluiu-se uma predominância de estudos empíricos descritivos com destaque para câncer infantil e câncer de mama. Demonstraram, ainda, por meio desse levantamento, que os assuntos são estudados sob óticas do doente, familiares e equipe de cuidados. Como temas mais encontrados, as autoras elencaram enfrentamento, sobrevida, estresse e depressão.

Como pôde ser observado pela análise dessas pesquisas, o campo da Psico-oncologia é bastante amplo. Campos (2010) aponta que a Psico-oncologia, na atualidade, pode trabalhar em diferentes frentes, tais como cuidados clínicos a pacientes e familiares, treinamento de equipes no manejo desses pacientes, bem como na produção científica, seja por meio de pesquisas ou de programas de prevenção.

Angerami (2002) relata que, apesar de já existirem profissionais que ofereciam serviços de apoio e pesquisa na área da Psico-oncologia, foi a partir da reunião desses profissionais em eventos específicos da área que esta pôde desenvolver-se no Brasil, sendo 1989 o ano que marcou o “I Encontro Brasileiro em Psico-oncologia”. A partir de encontros e discussões foi criado o primeiro curso nessa área, no ano de 1993, e daí por diante diversos outros cursos e especializações começaram a ser ofertados e se espalharam pelo país.

O trabalho do psicólogo junto às equipes multiprofissionais torna-se de grande relevância na medida em que o trabalho psicológico (seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual ou grupal) tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no caso de paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte e do morrer (Carvalho, 2002).

Aualmente, a área de Psico-oncologia possui diversas pesquisas e publicações científicas, organizações não governamentais e inúmeras instituições que usufruem dos serviços por ela prestados (Veit & Carvalho, 2008). Dentre eles, podem ser citadas algumas instituições, tais como Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, Associação Brasileira de Combate ao Câncer Infantil e Adulto (ABRACCIA), Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes de Câncer (ABRAPAC), Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (SBPO), Instituto Nacional do Câncer (INCA), dentre muitas outras que poderiam ser mencionadas, cada qual com uma finalidade em particular. Apesar de ser considerada uma área multidisciplinar, no

Brasil, ela é composta, geralmente, por psicólogos; a estimativa é de que 70% dos congressos na área são frequentados por psicólogos (Carvalho, 2002).

1.2 A PSICODINÂMICA DA SEXUALIDADE

A sexualidade é considerada ponto crucial da vida psíquica após o desenvolvimento da teoria freudiana. Desconstruindo a ideia de sexo como algo exclusivamente ligado à reprodução, Freud distanciou a sexualidade humana da animal, propondo diferenciações veementes entre elas. Ao discorrer sobre o desenvolvimento psicosssexual, coloca-o como tema central no desenvolvimento do psiquismo, propondo uma nova visão a respeito da temática da sexualidade¹⁰ (Bock, Furtado, & Teixeira, 2001).

De acordo com a WHO, a saúde sexual deve ser compreendida imbricada no amplo campo que envolve a sexualidade. A respeito do termo *sexualidade*, a WHO (2006) o define como:

[...] um aspecto central na vida do indivíduo, englobando sexo, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos [...]. É influenciada pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. (Tradução nossa)¹¹

O Instituto Oncoguia (2015) faz uma distinção importante entre sexo e sexualidade ao afirmar que o primeiro se refere ao ato sexual em si e implica a necessidade de outra pessoa. Já a sexualidade, mais ampla, está associada à questão de intimidade ou necessidade de proximidade e toque, envolvendo sentimentos sobre si mesmo enquanto homem/mulher. Referindo-se à sexualidade, Porto e Facioli (2010) ressaltam uma questão fundamental para a Psicanálise, qual seja: a necessidade do contato com o outro.

Evidentemente, a sexualidade se apresenta sob diferentes aspectos na vida do ser humano, acompanhando-o ao longo de seu desenvolvimento e manifestando-se para além da genitalidade. Não restrita a questões puramente biológicas, torna-se suscetível a influências de

¹⁰ É importante ressaltar que a teoria proposta por Freud provocou muita polêmica na ocasião, com “profundas repercussões na sociedade puritana da época” (Bock, Furtado, & Teixeira, 2001, p. 96).

¹¹ “...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. [...] Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.”

ordem cultural e social, podendo vir a se tornar um tabu, na medida em que é permeada por concepções que deturpam o ato sexual, tratando-o como algo sujo, errado e proibido (Vitiello & Conceição, 1993).

No período anterior a Freud, a questão da sexualidade era compreendida principalmente com foco na genitalidade. Após os estudos da Psicanálise, essa compreensão pôde tornar-se mais ampla, não ficando restrita apenas aos órgãos genitais ou ao ato sexual em si (Porto & Facioli, 2010). Abarcando uma gama de significações, a conceituação a respeito da sexualidade atualmente dependerá do ponto de vista do qual ela parte: psicológico, antropológico, etc. (Bearzotti, 1994).

A partir dos estudos de Freud e da Psicanálise, a sexualidade assumiu uma definição peculiar e passou a ser considerada ponto-chave para a compreensão do funcionamento do psiquismo. Nas palavras de Porto e Facioli (2010, p. 13):

O conceito de sexualidade em Psicanálise é diferente do que pode ser compreendido em sua significação mais comum. Freud procura explicitar que possui uma compreensão da sexualidade em sentido extenso, em um sentido mais abrangente do que o usual. No contexto da Psicanálise, a sexualidade refere-se a um conjunto maior de fenômenos do que o senso comum geralmente apreende.

A medicina da época de Freud não considerava científicas as doenças mentais, uma vez que não havia instrumentos capazes de mensurá-las. Causador de muitas discussões e polêmicas devido a seus estudos, Freud encontrou opositores às suas teorias. Ainda hoje existem críticas a respeito delas, dentre outras razões, por serem julgadas demasiadamente machistas. No entanto, deve-se levar em conta que os escritos de Freud são reflexo do contexto histórico da época, descrito por Carloni (2011, p. 2) como “uma sociedade patriarcal, burguesa e capitalista, em que a mulher era muito oprimida”.

Sobre essa questão, Honda (2013, p. 45) aponta que:

[...] o método dominante na medicina em que Freud foi educado era o chamado método anatomoclínico, de acordo com o qual as patologias mentais (neuroses, histerias etc.) deveriam ser explicadas por lesões e perturbações funcionais do sistema nervoso. Desta forma, frente aos sintomas, o médico deveria buscar sua explicação nas teorias médicas sobre a estrutura anatômica e funcional do sistema nervoso.

A dificuldade surgiu, entretanto, a partir do momento em que se tornou evidente a impossibilidade de os problemas de ordem mental serem explicados exclusivamente pelo modelo da anatomia. A partir de então, Freud passou a estudar e formular uma nova teoria, que pretendia clarificar fenômenos que o modelo teórico organicista vigente na época não conseguia explicar. A questão da subjetividade passou, então, a ser considerada e estudada (Honda, 2013).

Em *A Interpretação dos Sonhos* (Freud 1900/2006), o autor descreve a estrutura do aparelho psíquico dividida nas instâncias psíquicas inconsciente (atemporal e na qual repousam conteúdos inacessíveis aos demais sistemas, devido a uma censura), pré-consciente (conteúdos existentes nessa instância podem ser acessados pelo consciente) e consciente (com conteúdos acessíveis, de modo que esse sistema capta tudo aquilo que é exterior ao sujeito). Esses três sistemas se entrelaçam continuamente, embora funcionem segundo suas respectivas leis (Carlioni, 2011).

Ainda na primeira tópica, emergem conceitos como “trabalho psíquico, conflito intrapsíquico, recalçamento, identificações e transferência, narcisismo e metapsicologia” (Skowronsky, n.d.). Já na segunda tópica, admitindo que o aparelho psíquico é mais complexo do que imaginara inicialmente, Freud divide a estrutura psíquica em Id, Ego e Superego. Cada uma dessas instâncias psíquicas é explicada a partir de características que lhes são peculiares, conforme aponta Carlioni (2011).

O Id, em que se concentra a energia pulsional, funciona segundo o Princípio do Prazer. O Ego é o responsável por conciliar as pulsões primitivas do Id com as normas sociais e culturais impostas pelo Superego, sendo regido pelo Princípio da Realidade. Finalmente, o Superego, herdeiro do Complexo de Édipo, é o responsável pela moral, incorporando exigências sociais e culturais (Bock, Furtado, & Teixeira, 2001).

Freud (1905/1996) inicia *Três Ensaios sobre a Sexualidade* denominando a necessidade sexual humana e animal de *pulsão sexual; libido*, por sua vez, foi definida como sendo a energia que impulsionaria a pulsão, tal como a fome impulsiona a necessidade de se alimentar. Já *zona erógena* é descrita por Freud como uma parte do corpo humano que possibilita uma sensação prazerosa quando estimulada.

A pulsão¹² é uma força poderosa, indeterminada, atemporal, arcaica e própria do ser vivo, a qual se manifesta a todo momento [...]. É uma energia de origem indeterminada, que ao se manifestar em cada indivíduo se ramifica em numerosas pequenas pulsões, é como um grande rio cuja fonte se situa para além (ou aquém) da existência dos indivíduos. (Hanns, 1999, p. 44)

No ser humano coexistem pulsões de vida (*Eros*) e de morte (*Tânatos*). Enquanto *Eros* está relacionado à vida e à união, *Tânatos* relaciona-se com a morte e separação. Nesse aspecto, a sexualidade de que Freud fala é uma sexualidade essencialmente *erótica* (Porto & Faccioli, 2010). Nas palavras de Skowronsky (n.d.), “são as vicissitudes das pulsões, com seus diferentes destinos, que criam diversos percursos para a sexualidade organizar capacidades psíquicas de

¹² Freud utiliza a palavra alemã *Trieb*, que foi traduzida para o inglês como instinto (*instinct*) e para o francês como pulsão (*pulsion*) (Hanns, 1999).

satisfação ou de sintomas”. Carloni (2011, p. 7) enfatiza que “essa relação entre Eros e Tânetos constitui o psiquismo”.

A pulsão sexual visa a uma satisfação e não está necessariamente ligada à reprodução. Nesse aspecto, encontra-se submetida ao simbólico (Garcia-Roza, 1936/2001). O homem, por meio da sublimação, é capaz de transformar instintos animais que lhe são intrínsecos, adiando sua satisfação e prazer (Porto & Facioli, 2010). Além disso, é capaz de redirecionar sua libido para atividades diversas que não o sexo, obtendo, dessa forma, uma satisfação erótica (Carloni, 2011).

A palavra *sexual* é usada para “designar um conjunto de atividades presentes em todos os aspectos da vida de um sujeito, independentemente das ligações com os órgãos genitais” (França, 2005, p. 28). A autora prossegue fazendo referência a uma distinção importante, qual seja: enquanto a sexualidade refere-se a uma atividade consciente, a vida libidinal é uma atividade inconsciente. Da articulação entre ambas, parte a abordagem da sexualidade em Psicanálise.

De acordo com Oliveira e Fontenele (2009), a libido ligar-se-á a uma zona erógena específica com o intuito de satisfação pulsional. No entanto, Garcia-Roza (1936/2001) alerta que não existem partes do corpo ligadas exclusivamente ao que é da ordem do sexual. Conclui, portanto, que qualquer parte do corpo pode ser considerada como uma zona erógena.

Existem três destinos possíveis para as pulsões sexuais supramencionadas (Porto & Facioli, 2010), a saber:

- Recalque: encarregado de manter fora da consciência tudo aquilo que a ela parece inaceitável;
- Sublimação: já anteriormente mencionada, diz respeito a um desvio na pulsão, que migra de seu cunho sexual para situações socialmente aceitas, tais como realizações culturais, sentimentos de amizade e afins;
- Fantasia: o prazer sexual pode advir de objetos sexuais fantasiados e, portanto, não reais.

Porto e Facioli (2010, p. 16) ressaltam que o sexo, nesse sentido:

Pode ser substituído ou canalizado para outras formas de satisfação indireta; o sujeito pode se masturbar ou pode contentar-se em somente realizar partes do que seria todo o encontro sexual; ou mesmo a realização de qualquer outra coisa que represente o sucesso sexual ou a realização do desejo de ser amado, de possuir o outro de alguma forma; formas essas que poderiam indefinidamente sempre estar reverberando de algum modo a realização do desejo sexual.

Apesar de um recém-nascido trazer consigo algumas moções sexuais, a tendência é a de que estas sofram um processo de supressão. Num processo posterior de desenvolvimento sexual, essa supressão pode ser superada ou, então, suspensa. Podem surgir, ainda nesse

período, alguns sentimentos, denominados por Freud de “forças anímicas” (tais como asco e vergonha), as quais, mais tarde, podem dificultar o curso da pulsão sexual (Freud, 1905/1996).

As pulsões sexuais têm início na infância, sendo que a sexualidade infantil, por sua vez, apoia-se no instinto. Sendo assim, durante a sucção, enquanto o bebê é alimentado, ocorre uma excitação de sua cavidade bucal, provocada pelo mamilo e pelo leite morno que dele sai. Essa satisfação permitirá que, no futuro, o sujeito abandone o seio como objeto parcial e encontre satisfação em seu próprio corpo (França, 2005).

O mesmo ocorre, segundo Freud, com a mucosa anal, quando a criança retém as fezes até que isso provoque contrações musculares e estimulação intensa dessa mucosa no momento da defecação. Essa retenção é intencional e, nesse momento, Freud compara esse ato ao de uma “masturbação” da região anal. Já no que concerne à atividade da zona genital, esta está, inicialmente, associada à micção. As atividades sexuais dessa área fazem parte do início da vida sexual que será percebida como “normal” nos adultos (Freud, 1905/1996).

Sendo ampla, a sexualidade tem sua importância sobretudo pelas significações que pode representar e às quais pode estar ligada. Segundo Porto e Faccioli (2010, p. 22), ela traz consigo “representações, ideias, ideais, crenças e comportamentos direta ou indiretamente relacionados ao sexo. Tudo o que cerca o sexo é da ordem da sexualidade”. Nas palavras dos autores (p. 16): “a sexualidade é mais relevante em relação ao universo das representações que a cercam do que propriamente ao que se faz ou deixa de se fazer em termos de sexo”.

1.3 SEXUALIDADE, CÂNCER E COLOSTOMIA: UMA REVISÃO

Embora possa ser considerado um tema de grande importância, a vivência da sexualidade em pacientes com câncer colorretal submetidos à colostomia ainda é uma temática pouco estudada. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com objetivo de averiguar quais são as pesquisas científicas realizadas, entre os anos de 2012 e 2016, que envolvem esse assunto, bem como quais são as publicações oriundas desses trabalhos.

Em geral, foram encontradas pesquisas que discorrem sobre a questão da sexualidade apenas em seus resultados, quando essa temática emerge como sendo uma das variáveis da qualidade de vida que sofre prejuízo após a cirurgia. Tendo em vista que trabalhos sobre a qualidade de vida nessa população são muito mais amplos e não se aprofundam especificamente na questão da vivência da sexualidade, estes não foram incluídos na revisão.

Foram realizadas buscas em quatro bases de dados, quais sejam: *Web of Science*, *Scielo*, *PubMed* e *BVS*. As *strings*¹³ foram selecionadas após verificação junto ao Decs e Mesh, a partir da leitura de artigos que versavam concomitantemente sobre os temas Sexualidade/Vida Sexual, Colostomia e Câncer.

A estratégia PICO foi utilizada considerando:

- P (paciente): sujeitos com diagnóstico de câncer colorretal e que realizaram colostomia;
- O (*outcome*): vivência da sexualidade.

Os elementos I (intervenção) e C (controle) não foram considerados, tendo em vista que a revisão buscou verificar quais foram as publicações realizadas sobre a temática em questão sem analisar nenhuma intervenção específica.

A primeira etapa de buscas foi realizada nas bases de dados selecionadas, com as seguintes *strings* para cada elemento da estratégia PICO:

- 1 = P (pacientes):
 - câncer OR neoplasia OR cancer OR neoplasm
 - AND
 - colostomy OR colostomia OR ostomy OR ostomia OR stoma OR estoma
- 2 = O (*outcome* / desfecho):
 - sexuality OR sexualidade OR “sexual life” OR “vida sexual”

A segunda etapa da pesquisa foi realizada colocando-se no campo de busca 1 (P) AND 2(O). Deve-se ressaltar que cada base de dados tem um formato específico de buscas, de modo que foram realizadas as adaptações necessárias em cada uma delas.

Foram incluídos na pesquisa: estudos primários publicados entre os anos de 2012 e 2016; textos completos disponíveis nos idiomas inglês ou português ou espanhol; e artigos que propunham como objetivo estudar a sexualidade na população colostomizada em decorrência de CCR.

Foram excluídos: artigos indexados em mais de uma dessas bases de dados (repetidos); os que tratavam da sexualidade como um subitem analisado em pesquisa sobre qualidade de vida na população com CCR; e estudos em que a sexualidade emergia como categoria após análise de resultados, mas que não tinham como propósito primário estudá-la. Os resultados da pesquisa seguem na Figura 1.

¹³ As *strings* completas de busca encontram-se no Apêndice C.

Figura 1 - Dados da revisão sistemática da literatura

Fonte: Autoria própria.

Poucas pesquisas foram encontradas com textos completos (seis artigos). Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, restaram apenas dois artigos, sendo um realizado no Brasil e outro conduzido na Turquia. De cunho qualitativo, o primeiro foi conduzido por Rodrigues et al. (2016), num hospital particular em Belo Horizonte, Minas Gerais, com cinco pacientes maiores de idade e colostomizados de forma definitiva devido a câncer de estágio III e IV. O objetivo do estudo era compreender quais eram sentimentos desses pacientes acerca da colostomia. O estudo ressaltou alguns aspectos positivos para o enfrentamento da doença, tais como: participação da família, religiosidade e resiliência. Dificuldades a respeito da sexualidade também foram apontadas, sendo recorrente o abandono da vida sexual por alguns casais, ao passo em que outros mantiveram vida sexual ativa. O companheirismo, nesses casos, foi ressaltado como ponto fundamental (Rodrigues et al., 2016).

O estudo realizado por Vural et al. (2016), na Turquia, não tinha como foco principal pacientes ostomizados especificamente em função de CCR. Apesar disso, foi incluído na pesquisa em razão de um dado importante, qual seja: 10 dentre os 14 participantes da pesquisa

havia sido submetidos a ostomia em função de CCR. O objetivo do trabalho foi descrever as experiências de sujeitos ostomizados no que diz respeito às suas funções e percepções sexuais, bem como suas expectativas com relação às enfermeiras responsáveis por seus atendimentos. Os resultados apontaram: diversas dificuldades encontradas por ocasião das mudanças provocadas pela ostomia; influência dessas mudanças na imagem corporal; e receio e ansiedade durante o intercuro sexual. Além dessas dificuldades, os pacientes salientaram a expectativa que mantinham de que as enfermeiras conversassem sobre essa questão, com a finalidade de sanar dúvidas relacionadas ao tema.

A Figura 1 demonstra também a pouca quantidade de estudos específicos envolvendo as três temáticas de interesse para o presente trabalho (câncer, colostomia e sexualidade). Apesar disso, alguns autores, em outros estudos, destacam (ainda que de maneira isolada) a importância dessas variáveis na vida do sujeito doente, alertando também para outras questões fundamentais que envolvem este assunto.

As diversas mudanças decorrentes da descoberta de uma doença como o câncer (que ainda é permeado por alguns mitos das mais diversas ordens) podem representar um trauma para o doente, familiares e amigos. Essa vivência traumática pode causar um desprazer não apenas devido a essas mudanças, mas também em virtude da paralisação dos planos futuros. Disfunções sexuais podem acometer pacientes submetidos a cirurgias. Segundo França (2005), a expressão “disfunção sexual” engloba a ideia de deficiência, pois “o termo disfunção refere-se a um estado alterado de responsividade fisiológica” (p. 27). Tais disfunções, em geral, podem estar associadas “ao tipo de câncer e tratamento utilizado, à fadiga e mudanças na imagem corporal, à depressão ou angústia acerca da cura, sobrevivência, família e finanças” (Macieira & Maluf, 2008, p. 303).

Segundo Macieira e Maluf (2008), grande parte das disfunções sexuais advindas de um câncer pode ser prevista e minimizada, de modo que, para isso, é necessário um correto diagnóstico e acompanhamento (nesse aspecto, vale salientar a importância do treinamento da equipe de saúde envolvida nesse processo, a qual pode antecipar dificuldades sexuais futuras nos pacientes). Três aspectos da sexualidade podem estar comprometidos em pacientes oncológicos: imagem corporal, habilidade reprodutiva e funcionamento sexual.

No que diz respeito especificamente ao CCR, Macieira e Maluf (2008) apontam que, nos homens, pode causar “perda parcial ou total da função erétil”, enquanto nas mulheres, os aspectos que mais podem afetar a sexualidade estão relacionados à depressão, autoimagem corporal prejudicada e preocupações com vazamentos e odores provenientes da bolsa coletora.

A autoimagem emerge como uma das categorias mais prejudicadas após a colostomia. Schilder (1994) define a autoimagem corporal como sendo a imagem que alguém tem do próprio corpo; é a forma como o corpo se apresenta para a própria pessoa, sob seu ponto de vista pessoal. Ainda de acordo com o autor, a autoimagem corporal não é algo fixo, mas mutável ao longo do tempo. Pinto e Spiri (2008) pontuam que a imagem corporal pode ser aceita de diferentes formas pelos sujeitos ostomizados. Alguns não apresentam grandes dificuldades nesse sentido, conseguindo superar a mudança trazida pelo procedimento cirúrgico e aceitando-a de maneira mais rápida, ao passo que outros podem demorar um pouco mais de tempo para realizarem essa aceitação. Entretanto, há aqueles que não conseguem aceitar sua nova condição, mesmo com o passar do tempo.

Devido a uma não aceitação de sua nova condição física, ou seja, por terem sua autoimagem corporal prejudicada, alguns pacientes ostomizados acabam não se permitindo vivenciar o sexo em si e, em alguns casos, acabam mudando seu entendimento e definição acerca do significado da palavra sexo, passando a se referir a ele como “amor, carinho e respeito”, não o relacionando aos genitais (Barreto & Valença, 2013).

Um estudo realizado na GARPO (Grupo de Apoio e Reabilitação do Paciente Ostomizado), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, que pretendia identificar o modo como interagem sexualmente o parceiro sexual e o sujeito portador de colostomia definitiva, demonstrou que esses parceiros reconhecem o colostomizado como “mutilado, doente, um peso e pessoa difícil, mas assim preferem a vê-los mortos”. O estudo concluiu, ainda, que o modo de enfrentamento dessa condição era geralmente negativo e sem o apoio da equipe médica no que se refere às explicações sobre como seria a cirurgia e, sobretudo, o pós-cirúrgico (Freitas & Pelá, 2000).

Os estudos demonstram a importância de que seja oferecido ao paciente oncológico um atendimento integrado, no sentido de responder aos vários aspectos do funcionamento humano imbricados no processo de adoecer (sobretudo tendo em vista que as mudanças advindas de um câncer vão além da questão da sexualidade, envolvendo outros importantes setores da vida do sujeito). Nem sempre os profissionais têm preparo suficiente para tratar desse tema e, além disso, muitos sentem-se constrangidos em abordar a questão da sexualidade, geralmente não falando sobre ela abertamente (Macieira & Maluf, 2008).

Além disso, é preciso que sejam quebrados os mitos acerca do câncer, seu tratamento e recuperação, no sentido de trazer de volta ao paciente a noção de que, resguardadas as diferenças que o acometeram em função da doença, é possível viver sua sexualidade de forma

satisfatória e com prazer (Macieira & Maluf, 2008). Para tanto, as autoras destacam a importância de incluir perguntas relacionadas ao tema nos protocolos de avaliação desses pacientes, visando não apenas aos aspectos físicos, mas também aos relacionados a comportamentos sexuais como um todo. As autoras sugerem um protocolo de avaliação dessa população, que inclui nove passos (p. 312), a saber:

- Entrevistas iniciais: devem ser realizadas antes do tratamento oncológico e devem investigar questões associadas à sexualidade, com a finalidade de se estabelecer um parâmetro prévio para comparações que venham a ser feitas durante ou após o tratamento;
- Avaliação da existência de disfunção sexual antes do início da doença;
- Investigar o relacionamento do casal (quando for o caso) antes da doença;
- Verificar, após a ocorrência da dificuldade sexual, se esta foi causada pelo tratamento em si, bem como encaminhar para o profissional médico responsável quando for o caso;
- Verificar se as queixas trazidas pelos pacientes não têm relação com o tratamento em si (por exemplo, uma paciente em quimioterapia pode ter ressecamento vaginal e isso pode causar dor durante a relação sexual);
- Conscientização do paciente e apresentação de alternativas nos casos em que o tratamento possa causar infertilidade (explicar sobre o congelamento de gametas, por exemplo);
- Investigar se ocorreu impacto no que se refere à imagem corporal, pois esta alteração pode influenciar no ciclo de resposta sexual;
- Estar atento a sintomas secundários e realizar encaminhamento necessário assim que essa situação for detectada (por exemplo, uma disfunção sexual pode levar à depressão);
- Sempre que detectada a necessidade de um acompanhamento específico no tocante à sexualidade, o paciente deve ser encaminhado a um profissional especializado nessa área (lembrando que esse acompanhamento pode ocorrer concomitantemente ao tratamento oncológico).

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Conforme apontam Macieira e Maluf (2008), algumas disfunções sexuais podem ter sua origem ligada a um câncer. Tais disfunções podem ser das mais diversas ordens, podendo estar relacionadas com o tipo de câncer e tratamento empregados, questões associadas à autoimagem corporal e à depressão ou angústia. Segundo Gimenes (1994), no passado, os estudos sobre pessoas com câncer estavam focados em analisar a sobrevida desses pacientes, bem como dados estatísticos a esse respeito (quantos sobreviviam, por quanto tempo, dentre outras questões). Já na atualidade, a preocupação da Psico-oncologia tem sido mais ampla, abarcando questões ligadas à sua qualidade de vida. Pensando na qualidade de vida como um todo, deve-se levar em consideração, dentre outros aspectos, a sexualidade desses pacientes, muitas vezes ignorada pelos profissionais de saúde.

Na medida em que novos tratamentos médicos têm se tornado cada vez mais eficazes no tratamento contra o câncer (Gimenes, 1994) – e, em consequência, é observada uma sobrevida para essa população –, o estudo da sexualidade em pacientes colostomizados em função de câncer colorretal torna-se de fundamental importância para compreender como esse público vivencia a própria sexualidade após a cirurgia.

Assim, o objetivo da presente pesquisa é analisar questões psicodinâmicas envolvidas na vivência da própria sexualidade após a cirurgia de colostomia em pacientes com câncer colorretal. A partir dos resultados dessa pesquisa, podem ser abertos caminhos para que outros estudos sejam realizados nessa área, de modo que poderão ser pensadas formas de intervenção específicas junto a esses pacientes, visando a facilitar que estes vivenciem sua sexualidade da maneira mais plena possível.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO

A presente pesquisa está pautada no método clínico-qualitativo, o qual se preocupa, fundamentalmente, conforme descreve Turato, com a compreensão das significações pessoais que os sujeitos dão para determinado fenômeno. Segundo o autor, interessa mais ao pesquisador essas significações do que o fenômeno em si, ou seja, “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (Turato, 2005, p. 509).

Discorrendo a respeito das características do método clínico-qualitativo, além da preocupação com as significações, Turato (2008) destaca que o interesse por parte do pesquisador (como *bricoleur* e instrumento principal que colhe e analisa os dados) deve residir na valorização das angústias e das ansiedades existenciais dos sujeitos. Além disso, o campo da pesquisa deve ser o ambiente natural, devendo ocorrer a valorização de elementos psicanalíticos básicos, os quais se constituem como ferramentas que podem ser utilizadas ao longo da pesquisa.

Outras características desse método descritas pelo autor dizem respeito: ao foco do pesquisador, que deve ser a forma como os processos se estabelecem e, não necessariamente, o produto formado a partir desses processos; aos saberes teóricos e práticos que compõem o trabalho, utilizando-se de raciocínio indutivo e dedutivo; à força no rigor da validade dos dados coletados; à simultaneidade entre a apresentação dos resultados e a interpretação dos dados; e, por fim, a generalização dos pressupostos finais, os quais podem ser empregados para novos casos.

Segundo Yin, a identificação do tipo de questão que se apresenta numa pesquisa é fundamental para diferenciar um estudo de caso das demais estratégias de pesquisa. Seu objetivo principal é a compreensão de “como” e “porque” determinado fenômeno se dá. Segundo o autor, estudos de caso focalizam acontecimentos contemporâneos, sem controlar eventos comportamentais dos participantes. Além disso, “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2001, p. 32).

Já Stake (2000) enumera três tipos de estudos de caso, que podem ser diferenciados de acordo com suas finalidades. São eles:

- Instrumental: o interesse reside no fato de que o entendimento do caso estudado poderá servir de base para compreensões mais amplas sobre um determinado fenômeno. Por meio de um estudo de caso instrumental, torna-se possível a percepção mais ampla de um fenômeno, através de *insights* que esse estudo pode promover;
- Coletivo: vários casos são estudados ao mesmo tempo, podendo se constituir como estudos de caso instrumentais e coletivos;
- Intrínseco: visa a uma melhor compreensão de um caso em particular. Existe um interesse específico no estudo daquele caso em especial, sem preocupação com o desenvolvimento de uma nova teoria.

Gil (2009) acrescenta que estudo de caso é um estudo em profundidade que requer a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados, além de preservar o caráter unitário do fenômeno estudado. O autor enumera algumas vantagens a respeito dos estudos de caso, tais como: a possibilidade de estudo em profundidade, com ênfase no contexto em que os fenômenos ocorrem; flexibilidade e estímulo para desenvolvimento de novas pesquisas, na medida em que nem sempre esses estudos são conclusivos; favorecimento na construção de hipóteses e possibilidade de aprimoramento, construção ou rejeição de teorias; e possibilidade de investigação de fenômenos que não são passíveis de verificação em laboratório, permitindo investigar o caso pelo “lado de dentro”, o que favorece o entendimento do processo.

Estudos de caso podem ser aplicados sob distintos enfoques teóricos e metodológicos. Nas palavras de Gil (2009, p. 38), o estudo de caso tem os propósitos “de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados”. Conforme descreve Pinto (2004, p. 73), “toda pesquisa científica necessita de uma teoria como base e um método enquanto procedimento”.

Tendo por base o exposto, o presente trabalho, de caráter qualitativo, é composto por dois estudos de caso do tipo instrumental, sendo fundamentado e analisado sob o enfoque psicanalítico.

3.2 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e também pelo Comitê de Ética próprio do hospital¹⁴ em que foi realizada a pesquisa. Os dados de aprovação do projeto encontram-se, respectivamente, sob CAAE: 45788315.8.0000.5561 e CAAE: 45788315.8.3001.0076, disponíveis na Plataforma Brasil. A pesquisa foi iniciada após liberação de pareceres favoráveis de ambos os comitês.

Os participantes da pesquisa foram contatados por telefone e a eles foram explicados os objetivos do estudo e a forma como seria realizada a coleta de dados. Foi exposto que a participação seria em caráter voluntário e que, caso desejassem, poderiam desistir da participação em qualquer momento, sem que houvesse nenhum prejuízo em seu atendimento naquele hospital.

Para os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, foi agendado um horário para a realização da coleta de dados. Embora diversos pacientes tenham aceitado inicialmente participar da pesquisa, vários não compareceram no dia agendado. Quando ocorria alguma falta, era realizado um outro contato telefônico e reagendado um novo horário, caso o paciente estivesse de acordo. Na hipótese de ocorrer uma segunda falta, o paciente era excluído do banco de dados da pesquisa, por ficar subentendido sua não intenção em participar do estudo.

Participaram da pesquisa dois sujeitos, sendo um do sexo feminino e outro do sexo masculino. Seus diagnósticos eram, respectivamente: neoplasia maligna da junção retossigmoide e neoplasia maligna do reto, sendo que ambos haviam realizado a colostomia. Mais dados sobre os participantes podem ser visualizados no Quadro 1.

Uma vez acomodados na sala, foi apresentado e lido juntamente com o paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para elucidações e assinatura. Primeiramente, foi realizada a aplicação do teste psicológico House, Tree, Person (HTP), conforme instruções de aplicação do manual. Assim que eram finalizados os quatro desenhos (casa, árvore, pessoa e pessoa do sexo oposto), realizava-se o inquérito. Composto por diversas perguntas sobre os desenhos produzidos, a realização do inquérito é uma etapa importante, pois possibilita “dar ao indivíduo uma oportunidade de definir, descrever e interpretar cada desenho para expressar pensamentos, ideias, sentimentos ou memórias associados” (Buck, 2009, p. 7).

¹⁴ O nome do hospital foi omitido visando à garantia do sigilo dos participantes.

Finalizada a aplicação do teste, iniciava-se a entrevista clínica semiestruturada. É importante ressaltar que a entrevista não seguiu nenhum roteiro fixo; havia alguns temas que esta deveria averiguar, de modo que eram introduzidos na conversa no momento em que parecia ser mais adequado. A entrevista se iniciava com a fala da pesquisadora: “Por favor, conte-me como foi o processo de descoberta e tratamento do câncer”. A partir daí, os assuntos iam sendo introduzidos ao longo da entrevista (Apêndice B).

Ao final da primeira entrevista, os dois participantes foram convidados a seguir em acompanhamento psicológico (*follow-up*) por meio dos atendimentos oferecidos pelo Laboratório Chronos, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Os atendimentos foram realizados pela própria pesquisadora e tiveram como objetivo acolher e abrir um espaço para expressar questões que os participantes julgassem pertinentes, relacionadas ao câncer.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E COLETA DE DADOS

Foram selecionados e convidados a participar da pesquisa os pacientes que atenderam aos critérios listados a seguir:

- Pacientes acima de 18 anos;
- Diagnóstico de CCR;
- Realizaram cirurgia de ostomia intestinal entre os anos de 2011 e 2016;
- Caso tivessem realizado a colostomia temporária, deveriam estar usando-a na época da coleta de dados;
- Ter realizado a cirurgia num período mínimo de seis meses antes da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em um hospital público do Estado de São Paulo. Previamente, foram feitas reuniões com a enfermeira responsável pelos atendimentos dos pacientes colostomizados. O objetivo dessas reuniões era conhecer o público atendido pelo hospital e verificar se haveria amostragem suficiente para a coleta de dados. Para tanto, foi averiguada a quantidade de pacientes colostomizados atendidos mensalmente pelo serviço. A título de exemplo, nos meses anteriores à primeira reunião (realizada em novembro de 2015), o serviço realizava, em média, 40 atendimentos (incluindo o pós-cirúrgico e as ocasiões em que os pacientes retornavam ao hospital para buscar novas bolsas coletoras).

Ao receberem alta após a cirurgia, os pacientes ganhavam algumas bolsas coletoras (suficientes para cerca de quinze dias). Decorrido esse período, eram orientados a retornar ao

hospital para buscar mais bolsas. A intenção inicial era encontrar esses pacientes nesses retornos ao hospital, explicar-lhes os objetivos da presente pesquisa e convidá-los a participar dela.

Contudo, o projeto ainda demorou alguns meses para ser aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia. Após a aprovação, que ocorreu somente em abril de 2016, foi feito contato imediatamente com o hospital para início da coleta de dados. O hospital, entretanto, encontrava-se em um processo de reorganização, pois existia a possibilidade de mudanças em seu centro administrativo.

Dentre inúmeras modificações que ocorreram, uma delas impactou diretamente o presente trabalho: o hospital interrompeu o fornecimento de bolsas aos colostomizados. Os pacientes passaram a receber alguns encaminhamentos para outros locais na cidade de São Paulo onde poderiam solicitar as bolsas. Com essa mudança, evidentemente, os pacientes passaram a não mais retornar ao hospital, fato que dificultou muito o acesso a essa população.

Tendo em vista que não seria mais possível conversar pessoalmente com os pacientes, foi realizado um levantamento de prontuários, com a finalidade de coletar informações prévias sobre alguns pacientes, selecionar uma amostra e fazer contato telefônico a fim de convidar aqueles que aceitassem comparecer pessoalmente para participar da pesquisa.

Nem todos os dados das fichas e prontuários estavam completamente preenchidos e/ou atualizados. Sendo assim, o fato de as informações de contato (telefone, endereço) estarem em branco ou desatualizadas, restringiu a quantidade de pacientes que poderiam ser convidados para a coleta de dados. Apesar desta dificuldade inicial, foi possível realizar a coleta de dados com os pacientes cujo material foi objeto de estudo desse trabalho.

É importante ressaltar que os pacientes que participaram da pesquisa nunca haviam tido encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Por essa razão, o momento da coleta de dados foi a primeira vez que conversaram com um profissional sobre o impacto da doença e da cirurgia em suas vidas, especialmente em relação à questão da sexualidade. Evidentemente, abordar essa questão foi difícil. Para os pacientes, algumas vezes, falar sobre a doença e seus impactos pode suscitar desconfortos de ordem psicológica. Por este motivo e, consonante a indicação do Comitê de Ética do Instituto de Psicologia, foram propostas aos participantes algumas sessões de *follow-up* com a psicóloga pesquisadora.

A entrevista inicial e a aplicação do teste psicológico HTP foram realizadas numa sala reservada e isolada no hospital. Não ocorreram interrupções ou interferências externas, de modo que foi possível garantir a confidencialidade dos dados coletados. As sessões de *follow-up*

foram realizadas nas dependências do Laboratório Chronos, no Instituto de Psicologia de Universidade de São Paulo.

3.4 INSTRUMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

3.4.1 Entrevista clínica

De acordo com Fontanella, Campos e Turato (2006), a entrevista não dirigida é a principal forma de coleta de dados utilizada em pesquisas qualitativas no campo da saúde. Por meio dos dados nela coletados, serão trazidos à tona os significados atribuídos às experiências de vida dos entrevistados.

De acordo com Tavares (2000), descrever e avaliar são objetivos principais de uma entrevista e, com base nas informações levantadas, será possível realizar inferências, inter-relações entre eventos e, por fim, estabelecer conclusões. O autor define a entrevista clínica como:

Um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas. (Tavares, 2000, p. 45)

Bleger (2003), ao discorrer sobre a técnica de entrevista, pontua que esta é uma relação humana caracterizada pelo encontro entre duas ou mais pessoas em que uma delas é um técnico e o outro (ou outros) são aqueles que necessitam de uma intervenção técnica. De acordo com o autor, para que seja considerada como entrevista psicológica, é necessário que o psicólogo utilize seus conhecimentos técnicos a fim de atingir os objetivos relacionados às questões de ordem psicológica, seja para fins de investigação, diagnóstico ou terapias, entre outros.

O entrevistador encontra-se em uma posição privilegiada, tendo em vista que é o responsável pela condução do processo por meio de seus conhecimentos, devendo estar atento aos benefícios que esse encontro pode trazer ao entrevistado. Cabe ao entrevistador dominar a técnica, pois sua experiência será determinante no andamento do processo (Tavares, 2000). Algumas vezes, a entrevista pode ser considerada um método de pouca confiabilidade, tendo em vista as lacunas e contradições que podem existir ao longo de seu percurso. No entanto, essas situações devem ser compreendidas como sendo um reflexo da própria personalidade do entrevistado, devendo ser, portanto, trabalhadas (Bleger, 2003).

Numa entrevista psicológica, o campo em que esta ocorre é determinado pelas características da personalidade do entrevistado. Bleger (2003) pontua que o entrevistador controla a entrevista, porém, quem a dirige é o entrevistado. Fontanella et al. (2006) corroboram essa ideia e assinalam que essa assimetria entre entrevistador e entrevistado permite que este último configure o campo da pesquisa conforme sua própria estrutura psicológica.

Tavares (2000, p. 52) pontua alguns pressupostos que devem estar presentes para que uma entrevista seja realizada adequadamente, a saber:

1. Estar presente: refere-se à disponibilidade do entrevistador, que deve estar *por inteiro* envolvido nesse momento de entrevista;
2. Permitir que o paciente se sinta à vontade, ajudando-o sempre que necessário;
3. Facilitar que emergjam os reais motivos da entrevista;
4. Esclarecer colocações incompletas ou vagas;
5. Confrontar esquivas e contradições de maneira adequada;
6. Lidar com a ansiedade que pode estar presente no entrevistado;
7. Reconhecer a transferência;
8. Reconhecer a contratransferência;
9. Ter iniciativa em momentos de impasse;
10. Ter domínio das técnicas que está utilizando.

O comportamento do entrevistado deve ser observado com especial atenção e, para tanto, é necessário que o psicólogo, além de escutar, vivencie e observe, a fim de que todos os dados coletados nesse encontro componham o cenário da entrevista. O enquadre também é de suma importância nesse cenário (objetivos, lugar e tempo da entrevista). Almeida (2004, p. 35) resume: “A observação é um elemento essencial que deve ser inerente ao papel do entrevistador ou observador participante”.

O não verbal também deve ser observado ao longo da entrevista. Isso porque a história que é contada pelo entrevistado pode ser confirmada ou refutada por seu comportamento não verbal. Fontanella et al. (2006) atentam para a importância de se observar os silêncios e expressões faciais do entrevistado, a fim de que possa ser feita uma análise mais ampla e que vá além do que é expresso verbalmente.

Nas palavras de Bleger (2003, p. 21): “a entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos”. Enquanto a entrevista é realizada, concomitantemente vão sendo feitas algumas hipóteses que podem ser confirmadas ou refutadas pelo entrevistador, pois, segundo o autor, observar, pensar e imaginar são partes

inseparáveis de um processo dialético. Quando, de modo sistemático e num campo de trabalho definido, pensa-se sobre aquilo que está sendo feito, está sendo realizada uma investigação.

As entrevistas podem ser de diversos tipos, tais como entrevistas estruturadas, semiestruturadas, entre outras. A entrevista aberta é mais flexível e permite ao entrevistador uma maior liberdade para perguntas e intervenções. (Bleger, 2003). Nas entrevistas semiestruturadas, o entrevistador tem clareza de quais objetivos deseja atingir, bem como de que forma irá obtê-los. Por meio dessa padronização, torna-se possível a criação de um banco de dados útil para a pesquisa, aumentando sua fidedignidade e confiabilidade (Tavares, 2000).

Por meio da entrevista é possível obter dados em profundidade e, se for conduzida de maneira adequada, pode revelar até mesmo fatores inconscientes que possam estar determinando o comportamento humano (Gil, 2009). Para complementar os dados colhidos na entrevista também foi aplicado o teste psicológico HTP.

Foi escolhida para presente pesquisa a entrevista semiestruturada. Foram realizadas perguntas relativas à questão da sexualidade e foi proporcionado espaço para que os entrevistados discorressem sobre suas vivências. Conforme Ocampo e Arzeno (1979/1981), a entrevista semidirigida deixa um espaço para que o entrevistado exponha suas ideias a partir do ponto que desejar e inclua em sua fala aquilo que julgar importante. Ainda de acordo com as autoras (p. 23), entrevistas semidirigidas pressupõem a intervenção dos entrevistadores, com os objetivos de:

- Realizar perguntas quando o entrevistado não souber como continuar sua fala;
- Quando do aparecimento de angústia e consequente paralisação do entrevistado, fazer pontuações pertinentes de modo a facilitar que os objetivos estabelecidos previamente sejam cumpridos;
- Observar e assinalar possíveis “lacunas”, contradições e afins nas informações trazidas pelo entrevistado.

3.4.2 Teste psicológico HTP

Foi aplicado o HTP, conforme normas do Manual e Guia de Interpretação¹⁵, de autoria de John N. Buck (2009). O referido teste tem parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia.

¹⁵ Trata-se da 2ª edição, publicada pela editora Vetor, com tradução para o português de Renato Cury Tardivo.

O teste HTP é uma técnica projetiva de desenho e sua análise (aliada à entrevista e/ou a outros instrumentos) permite a compreensão de aspectos da personalidade dos avaliados, bem como sua relação com o ambiente à sua volta. Para tanto, foi solicitado que os avaliados realizem quatro desenhos, sendo uma casa, uma árvore, uma pessoa e uma pessoa do sexo oposto. Após a realização dos desenhos, procedeu-se ao inquérito, conforme indicações do Manual.

Segundo Anzieu (1978), o termo “projetivo” pode apresentar vários sentidos. O primeiro deles está associado a uma descarga de impulsos e emoções: o sujeito projeta “para fora” tudo aquilo que recusa em si próprio como mau ou como ponto vulnerável. Outro sentido deriva de conceitos matemáticos, fundamentando o rigor científico da técnica. Consiste na correspondência entre a personalidade e as produções que serão realizadas no teste. O autor prossegue, ainda discorrendo sobre o terceiro sentido do termo “projetivo”:

Um teste projetivo é como um raio X. Atravessando o interior da personalidade, fixa a imagem do seu núcleo secreto sobre um revelador (aplicação do teste), permitindo depois uma leitura fácil, por meio da ampliação ou projeção ampliadora em uma tela (interpretação do protocolo). O que está escondido fica, assim, iluminado; o latente se torna manifesto; o interior é trazido à superfície; o que há em nós de estável e também emaranhado se desvenda. (Anzieu, 1978, p. 19)

De acordo com Hammer (1991), o sujeito coloca no papel em branco tudo aquilo que representa, na realidade, seu mundo interno, incluindo fraquezas e forças relacionadas à sua personalidade. Ainda de acordo com o autor, nessa atividade o indivíduo pode mobilizar recursos internos para lidar com seus próprios conflitos.

O HTP e, especialmente, o desenho da figura humana em geral são utilizados em pesquisas que buscam avaliar questões associadas à autoestima, à imagem corporal e a outros aspectos psicológicos (Silva, 2008). Ainda de acordo com a autora, o ser humano pode identificar-se com outros habitantes do mundo que não necessariamente seus pares, e isso se dá a partir do pressuposto de que o ser humano tende a ter uma visão antropomórfica do mundo. Por essa razão, os desenhos da árvore, da casa e da pessoa são, em certa medida, representações que o sujeito tem de si próprio. Segundo Silva (2008, p. 263):

Eventos como abuso sexual, possibilidade de mutilação ou presença de doença nos genitais não ‘cria’ características específicas; eles terão impacto na personalidade única sobre a qual se abatem, que mobilizará, à sua maneira, os recursos possíveis para enfrentar o trauma ou ameaça [...] os desenhos podem expressar o sofrimento com uma intensidade que excede o que as palavras, e muito menos os números, podem dar conta.

Os testes projetivos possibilitam liberdade de expressão e do tempo utilizado para realização das atividades. Na situação de aplicação de um teste projetivo, o sujeito deve ser convidado a realizar as associações livres. Nas palavras de Anzieu (1978, p. 24): “as instruções

subordinam o sujeito à sua própria vontade”. Por meio do inquérito que vem a seguir é possível a compreensão da dinâmica psíquica que provocou as respostas fornecidas pelo sujeito no teste.

O teste HTP será analisado segundo embasamentos teóricos de John Buck (2009), Hammer (1991) e Anzieu (1978).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho pautou-se pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). A pesquisa somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e do Comitê de Ética do hospital em que foi realizada.

Dessa forma, os participantes assinaram o TCLE (Apêndice A), que autoriza a utilização dos dados obtidos. Ressalte-se que, no caso de publicações geradas a partir dessa pesquisa, os dados de identificação dos participantes serão omitidos e substituídos por nomes fictícios, de modo a garantir o anonimato dos participantes.

4 RESULTADOS

Os dados dos dois sujeitos que participaram da pesquisa seguem elencados no Quadro 1. Na sequência, serão apresentados os resultados na seguinte ordem: HTP, entrevista clínica e sessões psicoterápicas de acompanhamento (*follow-up*).

Com o objetivo de situar o leitor e tornar o texto mais didático, segue breve descrição dos nomes fictícios utilizados para os entrevistados e seus respectivos companheiros:

Entrevistado 1: Lucio → união estável com Maria

Entrevistado 2: Fernanda → união estável com José

Quadro 1: Dados gerais dos participantes

			Lucio	Fernanda
Dados gerais	Gênero		Masculino	Feminino
	Estado civil		União estável	União estável
	Idade		40	51
	Escolaridade		Ensino médio incompleto	Ensino médio completo
	Profissão		Metalúrgico	Doméstica
	Com quem vive		Companheira e enteada	Companheiro e filha
Dados da doença	Diagnóstico		Neoplasia maligna do reto	Neoplasia maligna da junção retossigmoide
	Tratamentos	Quimioterapia	Sim	Sim
		Radioterapia	Sim	Sim
	Colostomia	Ano da cirurgia	2007	2014
		Tipo da colostomia	Definitiva	Temporária
Encaminhamentos	Acompanhamento Psiquiátrico?		Não	Não
	Acompanhamento Psicológico?		Não	Não

4.1 CASO 1: LUCIO

4.1.1 Teste HTP

Quadro 2: Observações gerais - desenhos Lucio

	Tempo de latência	Tempo para completar o desenho
Casa	2 segundos	1 minuto e 29 segundos
Árvore	2 segundos	1 minuto e 28 segundos
Pessoa	7 segundos	2 minutos e 28 segundos
Pessoa do sexo oposto	3 segundos	4 minutos e 22 segundos

4.1.1.1 Casa (Figura 2)

Comentários: Lucio começou a desenhar e, logo em seguida, fez um sinal negativo com a cabeça. Recomeçou, dizendo: “*Desenhar uma casa é muito difícil!*”. Pensou por mais alguns instantes e então iniciou a tarefa propriamente dita. Demonstrou ter um raciocínio bastante concreto, com certa dificuldade em trabalhar com conceitos abstratos. Apresentou dificuldade para responder ao inquérito, dizendo frases do tipo: “*isso é só um desenho, não tenho como responder a essas perguntas, porque é só um desenho*”. No meio da tarefa, perguntou: “*é assim mesmo?*”.

Características gerais do desenho: Casa proporcionalmente pequena em relação ao espaço total disponível e localizada na parte superior esquerda da folha (que foi utilizada horizontalmente). Está de frente para observador e apresenta transparências no telhado. Encontra-se solta, sem nenhuma linha de solo desenhada. A casa apresenta elementos essenciais como paredes, telhado, porta e janelas. Não foi desenhada nenhuma chaminé. Traçado normal, borrado em algumas partes. Não foi visualizado nenhum aspecto bizarro nem paisagens no desenho. Aspecto geral do desenho considerado primitivo e imaturo, levando em consideração a faixa etária de Lucio.

4.1.1.2 Árvore (Figura 3)

Comentários: Lucio começa o desenho da árvore confirmando as instruções recebidas sobre a tarefa: “*é para eu desenhar uma árvore?*”. Em seguida, hesita alguns instantes e começa o desenho, seguindo a ordem: tronco, copa e raiz. Não faz nenhum comentário enquanto desenha. Ao final, justifica-se: “*é assim que eu sei fazer uma árvore*”.

Características gerais do desenho: Árvore proporcionalmente pequena em relação ao espaço total disponível, localizada na parte superior esquerda da folha (utilizada verticalmente). Pode ser observada transparência na raiz da árvore. Apesar de desenhar a raiz, Lucio não desenha nenhuma linha de base, de modo que a árvore fica solta na folha (tal como no desenho da casa). O traçado é normal, com alguns borrões próximos à base. No que se refere aos elementos essenciais, o desenho conta com raiz, tronco e copa. Não apareceram galhos ou frutos. Não há nada desenhado em seu entorno. No geral, é um desenho pobre, apesar de conter a maior parte dos elementos essenciais.

4.1.1.3 Pessoa (Figura 4)

Comentários: Esse foi o desenho com maior tempo de latência dentre todos os desenhos realizados por Lucio. Apesar disso, ele não fez nenhum comentário antes de iniciar o desenho. Ficou em silêncio balançando a caneta com as mãos antes de iniciar a atividade. Enquanto desenhava, perguntou: “*está mesmo parecendo uma pessoa?*”.

Características gerais do desenho: Desenho de uma figura do sexo masculino, localizado em sua maior parte no quadrante superior esquerdo. Figura palito desenhada com um traçado repassado. Ligeiramente torto, com alguns aspectos bizarros, observados nas mãos e pés. Presença de elementos essenciais: cabeça em tamanho normal, cabelos encaracolados, orelhas, olhos (ocos), sobrancelhas, nariz e boca. Presença de membros superiores e inferiores. Mãos e pés muito parecidos, com dedos pontiagudos e parecendo folhas. Desenhada uma linha entre os dois membros inferiores e definida por Lucio como órgão genital – mais detalhes no Capítulo V - Discussão. Apesar de ter sido desenhada uma linha de solo, a figura não está apoiada nessa linha, ficando solta no desenho. O sol foi desenhado abaixo da figura, bem próximo ao chão. Não foi desenhado nada no entorno da figura e nenhum acessório. No geral, também pode ser considerado um desenho pobre.

4.1.1.4 Pessoa do sexo oposto (Figura 5)

Comentários: Para realizar esse desenho, Lucio teve um tempo de latência menor, se comparada à figura humana desenhada anteriormente. Não fez nenhum comentário e iniciou a tarefa após ouvir a explicação.

Características gerais do desenho: Desenho de uma figura do sexo feminino, mais uma vez localizado em sua maior parte no quadrante superior esquerdo. Figura apresenta o lado direito do corpo menor do que o lado esquerdo. Presença de elementos essenciais: cabeça em tamanho normal, pescoço, cabelos lisos e presos num rabo de cavalo, orelhas, olhos (ocos), sobrancelhas, nariz e boca. Presença de membros superiores e inferiores. Os dedos dos pés aparecem pontiagudos e a mão direita parece deformada. A figura feminina apresenta seios. Assim como no desenho da figura do sexo masculino, a linha de solo não serve de apoio para o desenho, que parece estar flutuando. O sol novamente foi desenhado abaixo da figura, próximo ao chão. Não foi desenhado nada no entorno da figura e nenhum acessório. O desenho está mais completo e melhor qualitativamente em relação ao desenho da figura do sexo masculino.

4.1.2 Entrevista clínica

Lucio é de origem humilde: nasceu numa família grande (são dez irmãos), no interior da Bahia. Atualmente, tem 40 anos de idade e perdeu o pai ainda cedo, quando tinha apenas dez anos. Não concluiu o ensino médio e cursava o supletivo quando descobriu a doença. Foi solícito quando do recebimento do convite para participação na pesquisa, afirmando que poderia contribuir com aquilo que tinha vivenciado. Compareceu pontualmente ao primeiro encontro e aparentava estar à vontade: cumprimentou e conversou com as pessoas da equipe de enfermagem com as quais já havia tido contato quando esteve internado.

Uma vez já acomodado na sala em que foi realizada a entrevista, contou que já havia estado ali outras vezes e mencionou os nomes das enfermeiras e técnicas de enfermagem que havia conhecido. Elogiou bastante a equipe e relatou que foi muito bem atendido desde que chegou pela primeira vez ao hospital, quando foi atendido no pronto-socorro.

Apresentou um discurso relativamente confuso, sendo que por diversas vezes era necessário confirmar aquilo que Lucio estava dizendo, a fim de ter certeza de que suas palavras

estavam sendo corretamente compreendidas. A dicção de Lucio também constitui um fator que dificulta a compreensão daquilo que está sendo dito por ele: algumas vezes gagueja e fala com a voz demasiadamente baixa. Esses fatores, aliados ao seu discurso um tanto confuso, dificultam a compreensão de forma clara da mensagem que ele está tentando passar. Por essa razão, a condução de sua entrevista demandou bastante atenção e concentração.

Em alguns momentos em que era realizada alguma pontuação por parte da entrevistadora, Lucio interrompia fazendo comentários que nem sempre tinham relação com aquilo que estava sendo conversado naquele momento. Situações como esta aconteceram algumas vezes ao longo da entrevista, sobretudo em momentos em que estavam em pauta questões complicadas e sofridas de sua vida – mais detalhes no Capítulo V - Discussão.

A entrevista foi iniciada com a solicitação para que Lucio contasse sobre sua história pessoal, bem como sobre o histórico de seu processo de adoecimento. Relatou que descobriu a doença cerca de um ano após o aparecimento dos primeiros sintomas. Mencionou toda a dificuldade que encontrou para conseguir atendimento médico e um diagnóstico conclusivo sobre seu caso.

Trabalhava quando surgiram os primeiros sintomas (dor abdominal intensa, constipação intestinal e sangue nas fezes) e, após negligenciá-los por algum tempo, achou conveniente buscar ajuda médica. Primeiramente, foi diagnosticado com hemorroidas. Realizou o tratamento e sentiu certa melhora. No entanto, após alguns meses os sintomas voltaram e Lucio começou a desconfiar de que não se tratava apenas de um quadro de hemorroidas.

Após realização de exames clínicos, foi advertido de que possivelmente tratava-se de uma doença grave. Apesar disso, conta o entrevistado, não imaginava que pudesse ser um câncer tão agressivo. Enquanto o diagnóstico não era realizado, prosseguiu trabalhando até um determinado dia em que se sentiu muito mal enquanto tomava café da manhã com sua companheira, numa padaria próxima à empresa em que trabalhava.

Nesse dia, segundo contou, começou a sentir fortes dores, o que fez com que começasse a chorar muito. Sua companheira, Maria, não sabia o que estava ocorrendo e, nesse momento, havia um colega de trabalho que também se encontrava nessa padaria. Ao ver Lucio chorar, aproximou-se do casal e perguntou o que estava acontecendo. Maria contou sobre as dificuldades de saúde pelas quais o companheiro vinha passando e, então, esse colega disse ao casal que deveriam buscar ajuda médica com urgência e providenciou que ambos se dirigissem imediatamente a uma unidade de saúde que se localizava próxima do local. O entrevistado conta que acredita que o encontro com esse colega tenha sido “*algo de Deus*” (sic), pois foi a partir

dali que ele, de fato, percebeu a necessidade de buscar ajuda médica, convencendo-se de que possivelmente se tratava de algo mais sério.

Concluiu relatando que esse foi o caminho que percorreu até chegar ao hospital em que foi operado. Salientou sua gratidão a toda equipe que, desde a primeira consulta, mostrou-se preocupada com sua saúde e engajada na busca da melhor solução para o seu caso. Uma vez diagnosticado com câncer, foi advertido de que seu caso já se encontrava razoavelmente avançado e que, possivelmente, seria necessária a cirurgia.

Lucio desconhecia totalmente o procedimento cirúrgico ao qual seria submetido e, em choque, não perguntou nada a esse respeito. Disse que cabia ao médico lhe passar alguma informação caso julgasse importante, não competindo a ele, Lucio, fazer qualquer tipo de questionamento.

Foi solicitado, então, que Lucio contasse um pouco sobre seu relacionamento conjugal; revelou que ele e a companheira são nascidos na mesma cidade nordestina e que, apesar disso, conheceram-se apenas em São Paulo, cerca de 18 anos atrás (foram apresentados por uma prima de Lucio, que era amiga de Maria).

Segundo relatou, os dois se gostaram desde o primeiro momento e passaram a conversar e a se encontrar cada vez com maior frequência. Maria morava apenas com a filha, que na época tinha cinco anos de idade. Como Lucio passou a frequentar constantemente a casa, em determinado momento foi convidado por Maria a se mudar para lá e ele assim o fez.

Lucio começou a discorrer sobre a vida dos dois após a decisão de que viveriam juntos. Eram muito companheiros e viviam uma relação amistosa e harmônica. Algumas vezes saíam para se divertir e, em outras, ficavam em casa na companhia da filha de Maria. Segundo afirma, tinham uma vida “*normal, tudo gostoso*” (sic). No entanto, declara que atualmente a situação entre o casal está bastante diferente.

Ao ser questionado sobre o que está diferente agora, conta que várias coisas mudaram e diz: “*agora a gente nem namora mais*”. Nesse momento, foi perguntado a ele sobre como era anteriormente, se namoravam muito e como era a vida sexual deles. O entrevistado conta que era tudo muito bom, que tinham momentos de intimidade entre o casal e que conversavam sobre muitas coisas, inclusive sobre sexo.

Lucio retoma, nesse momento, a questão do descobrimento do câncer e prossegue a fala sobre a dificuldade em encontrar atendimento médico. Passou por diversos serviços de saúde, que o diagnosticaram com outra moléstia, recomendando-lhe remédios para hemorroidas. Ao

fazer uso desses medicamentos, Lucio apresentava uma ligeira melhora, o que o fazia pensar que não era nada grave.

Após o diagnóstico correto de câncer, foi submetido a sessões de quimioterapia e radioterapia. Apesar disso, os médicos já haviam lhe explicado que a doença estava em estágio avançado e que, muito provavelmente, seria necessária a realização de uma cirurgia (colostomia). Apesar dessa advertência, não lhe foi explicado detalhadamente como seria a cirurgia.

Mencionou sobre a apreensão que teve quando foi informado sobre a cirurgia, devido à possibilidade de ficar impotente. Ainda enquanto estava internado no hospital, já pensava em chegar em casa e, tão logo o médico o liberasse, tentar uma relação sexual com Maria para ver se conseguiria ereção. A esposa, no entanto, achou essa ideia de Lucio sem cabimento e negou-se a transar com ele nos dois anos subsequentes à cirurgia.

Lucio comenta que o casal não conversa sobre isso, apesar de ele já ter tentado algumas vezes abordar esse tema. Após dois anos sem sexo, o casal voltou a transar, porém, segundo diz o entrevistado, foi uma relação “*assim, diferente de antes*”. Aos poucos, o casal foi se distanciando mais e, atualmente, vivem emocionalmente distantes um do outro.

Além das negativas por parte da esposa, Lucio ressalta também que ele próprio sente-se envergonhado por usar a bolsa. Além da vergonha, também tem receio de que fezes possam ser eliminadas enquanto está num momento de intimidade com Maria. Conclui que o distanciamento sexual entre eles, na realidade, parte dos dois, mas não sabe bem o que deve fazer para melhorar essa situação.

Foi questionado se alguém no hospital ofereceu algum espaço para que conversasse sobre dúvidas ou questões de ordem sexual. Ele diz que não e que ficava sem graça de falar sobre isso com a enfermeira. Menciona que devido a isso, acabava nunca falando a respeito e que, assim, essa situação foi “*cada vez piorando mais*”.

Conta que a esposa buscou ajuda psicológica num local próximo de onde residem (não soube explicar de que tipo de serviço se tratava). Declara que também gostaria desse acompanhamento, mas não sabe onde encontrar atendimento psicológico gratuito. É lhe oferecido, então, acompanhamento psicológico, que viria ser realizado pela própria pesquisadora por meio do Laboratório Chronos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Lucio aceita prontamente e conta acreditar que pode se beneficiar muito desses atendimentos.

4.1.2.1 História pessoal

Lucio não tem filhos e vive uma união estável há cerca de 18 anos. Atualmente, reside com sua companheira e a enteada, de 23 anos, com a qual não possui um relacionamento próximo. Devido ao falecimento do pai, foi criado por um de seus irmãos (são dez irmãos ao todo), a quem considera como um pai. Apenas um desses irmãos vive em São Paulo, e Lucio conta ter muita vontade de retornar para sua cidade natal, para ficar mais próximo de seus parentes, sobretudo de sua mãe, pessoa muito presente em sua vida, apesar da distância. Os dois mantêm contato e visitam-se sempre que possível. O entrevistado veio para São Paulo para trabalhar em 1995 e dez anos depois descobriu o câncer.

Trabalhava como metalúrgico e sente muita falta de seu trabalho (está aposentado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social [INSS]). Afirma que gostaria de poder voltar a trabalhar, porém, diz que o trabalho como metalúrgico é muito pesado e *impossível* (sic) de ser realizado por alguém que usa uma bolsa de colostomia. Realizou a cirurgia no segundo semestre de 2007 e, apesar de já terem se passado anos desde então, comenta que ainda não se sente confortável para sair à rua ou frequentar determinados lugares por conta do receio de as pessoas descobrirem que está utilizando a bolsa coletora. Tem medo de que todos fiquem olhando e comentado sobre sua condição. Alguns amigos e parentes ainda não sabem sobre a cirurgia pela qual passou. Não conversa com ninguém, nem mesmo com a esposa a esse respeito e afirma sentir-se sozinho e isolado após descobrir a doença e ter passado pela cirurgia.

Tem dificuldades no relacionamento com a enteada, embora tenha feito para ela um “*papel de pai*”, segundo suas palavras. A enteada ainda era criança quando Lucio foi viver com a companheira, porém, nem mesmo isso foi o suficiente para aproximar os dois. Apesar do desejo de voltar a morar em sua cidade natal, acha que a enteada pode ser um impedimento para que sua companheira aceite retornar com ele para Bahia.

4.1.2.2 História da doença

Lucio fazia supletivo (ensino médio) quando começou a sentir os primeiros sintomas do câncer. Interrompeu os estudos após ser submetido à colostomia, pois não se sentia (e ainda não se sente) à vontade para frequentar lugares com muitas pessoas, devido ao receio de que

descubram que usa uma bolsa coletora. Estava ciente sobre a possibilidade de a cirurgia ser definitiva, embora tenha mantido a esperança de que pudesse ser feita a temporária.

Quando começou a sentir dores pela primeira vez, estava no trabalho e relutou em procurar um médico. Após realizar a consulta, foi encaminhado para um serviço especializado, a fim de que pudesse realizar exames mais específicos. No entanto, como as dores não estavam muito fortes, optou por realizar uma viagem para sua cidade natal, local em que permaneceu em férias por cerca de um mês.

Não sentiu dor enquanto estava viajando. No entanto, após retornar a São Paulo, as dores voltaram e com uma intensidade maior. Tendo negligenciado o que o primeiro médico havia lhe dito a respeito da gravidade de sua condição de saúde, atribuiu essas dores a alguma mudança em sua alimentação durante as férias. Como a dor não passou, decidiu que deveria procurar um médico novamente e realizar todos os exames.

Conforme já mencionado, o primeiro diagnóstico que recebeu foi o de hemorroidas. Foi medicado e a dor foi aliviada, porém, sem que houvesse uma melhora efetiva nos sintomas. Retornou novamente ao médico e foi encaminhado para outro hospital. Foi então confirmado que se tratava de um câncer. Não recebeu muitos esclarecimentos a respeito da cirurgia à qual seria submetido, de modo que acreditava que seria apenas “*um buraquinho*” (sic) feito em sua barriga. Contou que ficou surpreso e assustado quando viu o resultado final da cirurgia.

Lucio pediu que sua esposa entrasse em contato com sua família no Nordeste para dar a notícia. Pediu que não dissesse diretamente à sua mãe, preferindo que fosse o irmão mais velho (que o criou) o primeiro a saber. Relatou que não teve coragem de ligar para sua mãe e, por isso, pediu que sua esposa o fizesse. Ao falar sobre esta particularidade na entrevista, fica muito emocionado e chora bastante por vários minutos.

Atualmente, Lucio sai de casa apenas para ir ao médico ou para realizar algum favor que alguém lhe pede, tais como ir ao banco pagar uma conta, comprar algo no centro da cidade, etc. Deseja ir embora para sua cidade natal, porém, por enquanto, sua esposa não tem a intenção de acompanhá-lo, pois não quer deixar sua filha sozinha em São Paulo. O entrevistado cogita a possibilidade de ir embora mesmo sem ela.

4.1.2.3 Relacionamento conjugal e sexual após a colostomia

Lucio contou com a presença de sua companheira em todas as consultas que realizou desde o aparecimento dos sintomas. Ela o acompanhava, conversava com médicos e buscava acalmá-lo sempre que necessário. Estavam juntos quando foi feita a colostomia; o entrevistado acredita que ela tenha ficado impressionada quando viu o resultado da cirurgia. Apesar disso, os dois jamais conversaram sobre esse tema.

Fica entristecido ao comentar que sua esposa, em nenhum momento, perguntou-lhe se estava bem, se queria conversar ou se precisava de alguma coisa. Por outro lado, Lucio também não tentava (e ainda hoje não o faz) iniciar uma conversa com sua parceira, embora ele próprio não perceba isso. Acredita que deva partir dela tal atitude e, por isso, não toma a iniciativa de iniciar um diálogo mais profundo.

Nos primeiros dias após a cirurgia, a mãe de Lucio veio ficar com ele para ajudá-lo naquilo que fosse necessário. Nesse período, era sua mãe quem realizava as trocas e limpeza da bolsa, bem como o ajudava com os cuidados pessoais. Sua esposa trabalhava fora e não tinha muito tempo para se dedicar a esses cuidados, de acordo com os relatos de Lucio.

No que se refere à vida sexual do casal, Lucio inicialmente aparentava estar desconfortável em falar sobre esse assunto. Por essa razão, o tema foi sendo introduzido paulatinamente, conforme a entrevista se desenrolava. Primeiramente, falou sobre o relacionamento em geral, como conheceu a esposa, o que gostavam de fazer juntos e temas afins. Somente então é que lhe foi questionado sobre a questão sexual propriamente dita.

Comentou que a vida sexual entre o casal mudou *radicalmente* (sic) após a cirurgia. Apesar disso, afirma não sabe por qual razão isso possa ter acontecido, não associando inicialmente a evitação sexual da esposa à colostomia. Em dado momento da entrevista, no entanto, comenta que acha que ela não o deseja mais sexualmente por conta da bolsa.

Declarou que ama a esposa e que não sabe como proceder diante das negativas dela às suas investidas sexuais. Contou que nos últimos anos não se relacionaram sexualmente nenhuma vez. Ele tenta, de alguma forma, perguntar o que está acontecendo, mas a esposa responde apenas que não quer fazer sexo, pois não está com vontade.

Nas poucas ocasiões em que Lucio tentou abordar esse tema, a esposa começou a falar alto, mandando que ele fosse procurar alguém na rua que aceitasse fazer sexo com ele. Nessas ocasiões, conta Lucio, a esposa costuma gritar bastante, ficando visivelmente alterada. Sente

com muito pesar essa mudança, tendo em vista que antes da operação não passavam mais de dois dias sem intercurso sexual.

Na época em que operou, o médico advertiu Lucio de que a cirurgia poderia ocasionar impotência. Quando se recuperou, Lucio buscou a esposa, pois queria tentar a relação sexual, a fim de verificar se não havia ficado impotente. Segundo ele, sua esposa achava que ele não seria mais capaz de fazer sexo e, por isso, considerava inadequada sua tentativa de aproximação sexual. O casal demorou mais de dois anos após a cirurgia para ter uma relação sexual novamente.

Após a cirurgia, observou um afastamento gradativo de sua esposa, especialmente (mas não apenas) no que diz respeito ao relacionamento sexual entre os dois. Mantiveram relações sexuais após a operação, no entanto, com uma queda bastante acentuada no que se refere à quantidade. Aos poucos, as relações sexuais entre o casal foram diminuindo, de modo que eles não as têm mantido nos últimos anos; ademais, sua companheira não quer falar sobre o assunto.

Maria também está afastada do trabalho em função de uma doença nos ossos e, por isso, o casal tem convivido grande parte do tempo. Lucio conta que, apesar de ficarem muito tempo na mesma casa, cada um fica em um cômodo, sem muita interação, o que acaba os afastando ainda mais.

4.1.3 Acompanhamento do caso

Conforme mencionado no Capítulo III - Métodos, por indicação do Comitê de Ética e também pela constatação de real necessidade de acompanhamento, na semana seguinte à da coleta de dados, foram iniciados os atendimentos a Lucio. Ficou acordado um encontro semanal, com duração total prevista para até três meses, perfazendo uma quantidade máxima de 12 sessões. Lucio compareceu a 8 sessões, sem faltas ou atrasos.

A oitava sessão deu-se antes do recesso das atividades acadêmicas, que ocorre no mês de julho. No mês seguinte, em agosto, Lucio faria uma viagem para a Bahia e, por isso, não poderia comparecer. Após esse período, ele entrou em contato e informou que não desejava mais continuar. Foi-lhe explicado que não havia nenhum problema, bem como foi informado que deveria entrar novamente em contato caso julgasse necessário.

Os focos que puderam ser trabalhados ao longo dessas 8 sessões estavam relacionados ao câncer e à colostomia, bem como aos impactos de ambos na vivência da sexualidade de

Lucio. As descrições gerais dessas sessões de *follow-up* encontram-se a seguir. Para efeito didático, as sessões estão divididas por eixos temáticos, que foram trabalhados em cada encontro.

Antes de iniciar o *follow-up*, foram explicadas a Lucio as regras para atendimentos realizados pelo Laboratório Chronos. Informações com datas, horário e duração dos atendimentos também foram acordadas, bem como foi reforçada a garantia de sigilo, nos termos descritos no TCLE por ele assinado.

4.1.3.1 Eixo Temático I: Desmistificando a colostomia

As primeiras questões trazidas por Lucio eram concernentes ao luto ainda não elaborado em relação ao seu corpo saudável. Ainda na primeira sessão em que compareceu, iniciou contando novamente sobre o aparecimento do câncer (repetindo aquilo que já havia sido dito na entrevista inicial). No entanto, Lucio deu um pouco mais de ênfase para todas as coisas que estava perdendo por conta da bolsa de colostomia. A questão da doença câncer parecia já não mais preocupar o paciente: o mais difícil era ter de conviver com a bolsa.

Foram inúmeras as perdas trazidas pela cirurgia: deixou de estudar e, por isso, não concluiu o supletivo de ensino médio; foi obrigado a parar de trabalhar; diminuiu consideravelmente suas interações sociais; e passou a evitar frequentar locais com muitas pessoas, etc. Além de todos esses acontecimentos, também se distanciou da esposa, chegando ao ponto de não mais se relacionarem sexualmente.

Contou que quando decidiu vir de sua cidade natal para São Paulo, buscava uma vida de vitórias, conquistas financeiras e realização pessoal. Sua intenção era a de ganhar dinheiro e voltar para sua cidade, onde pretendia viver junto de seus parentes e amigos. Conseguiu realizar o sonho de construir uma casa própria lá, um pouco antes de adoecer. Fez acordo na empresa em que trabalhava e, com o dinheiro da rescisão, foi para sua cidade, onde construiu a casa.

Se, por um lado, apresentava muitas expectativas iniciais, a realidade que se impôs foi bastante diferente: inesperadamente se viu doente e sozinho, apesar de já estar numa união estável quando do descobrimento da doença. Sentiu-se abandonado por seus amigos e rejeitado pela sociedade a partir do momento em que teve de usar a bolsa.

Relatou que vários de seus colegas cobram que ele volte a estudar, pois já estava prestes a concluir o supletivo de ensino médio. No entanto, mesmo com o câncer em remissão, não teve coragem para retomar os estudos, embora tenha vontade de fazê-lo.

Em suas palavras: *“Eu estava estudando quando apareceu essa doença. Aí eu parei e não voltei mais. Eu fico falando que volto, que volto, mas não quero voltar não. Não me sinto à vontade com a bolsa”*. Quando trouxe isso à tona na sessão, foi lhe questionado quais eram esses medos com relação à bolsa. Respondeu que seu principal receio era o de que as pessoas percebessem que ele fazia uso da bolsa. *“Não fico à vontade, pode ser que as pessoas percebam, né?!”*.

Foi questionado, então, o que ele acreditava que poderia acontecer caso as pessoas ficassem sabendo sobre o uso da bolsa. Inicialmente respondeu apenas: *“não sei te dizer”* e permaneceu em silêncio alguns instantes, possivelmente refletindo sobre essa questão. Na sequência, continuou: *“Mas acho que ninguém ia gostar, não”*. Na sessão seguinte, ele próprio iniciou dizendo: *“fui embora pensando naquilo que você falou. Acho que eu mesmo que não me sinto bem”*. Apesar da dificuldade em conseguir expressar aquilo que estava sentindo, Lucio acabou indiretamente percebendo que ele próprio tinha um preconceito em relação à sua bolsa e, por conta disso, acreditava que as outras pessoas também teriam esse posicionamento ao saberem da colostomia.

Foi solicitado que Lucio contasse o que havia mudado desde a cirurgia. Relatou que frequentava uma represa em sua cidade natal, pois gostava muito de nadar naquele local. Comentou: *“ainda bem que nunca fui de praia, porque agora como é que ia ser?”*. Perguntado se ele tinha acesso à internet, respondeu afirmativamente. Foi lhe indicado um canal do Youtube em que uma garota, ainda muito jovem e ostomizada havia vários anos, contava em vídeos sobre seu cotidiano com a bolsa. Lucio demonstrou interesse, anotou a indicação e disse que veria assim que possível.

Na sessão seguinte, enquanto caminhava até a sala de atendimento, disse: *“eu vi aquele canal que você me passou. Você acredita que aquela menina vai até tomar banho de mar?”*. Lucio mostrou-se surpreso ao se dar conta de que, com algumas adaptações, poderia exercer diversas atividades que até então julgava impossíveis devido ao fato de estar usando a bolsa.

Foi disponibilizado para Lucio uma lista com locais diversos na cidade de São Paulo que realizam atendimento a grupos de pacientes ostomizados. Na lista também havia indicação de *sites*, fóruns e grupos na internet que reuniam informações úteis para ostomizados, tais como

acessórios que facilitam a adaptação e limpeza da bolsa de colostomia, entre outras tecnologias auxiliares.

Buscou-se trabalhar os conceitos que o próprio Lucio tinha com relação à bolsa de colostomia: o que ele pensava sobre outras pessoas com esse mesmo problema; quais ideias ele tinha antes da operação; e quais os medos e tabus relacionados ao uso da bolsa, dentre outras questões. Realizou-se uma tentativa de ajudá-lo a perceber que, com algumas adaptações, poderia levar a vida com mais naturalidade.

4.1.3.2 Eixo Temático II: relacionamento conjugal e relacionamentos sociais

Lucio não apresenta uma relação tranquila com a bolsa de colostomia que carrega junto ao seu corpo. Em suas falas, descreveu as dificuldades que possui com relação ao convívio social e a vergonha que sente perante à sociedade. Tem muito medo de que as pessoas descubram que é colostomizado.

Comentou que não se sente confortável sequer para se olhar nu no espelho. Com a autoimagem prejudicada, Lucio sofre graves prejuízos em diversas esferas de sua vida (afetiva, sexual, familiar, social e laboral, por exemplo). Por se tratar de uma cirurgia definitiva, não consegue vislumbrar que a situação possa melhorar, tendo em vista tratar-se de algo irreversível.

Sente-se envergonhado e procura usar roupas mais largas que não demonstrem o uso da bolsa. A fim de amenizar seu sofrimento, tenta confortar-se no fato de que a cirurgia salvou sua vida e permitiu que ele não mais sentisse dor. Apesar disso, não consegue aceitar o uso da bolsa.

Lucio relatou uma desconfiança excessiva que tem com relação aos seus colegas. Em várias sessões, disse que acreditava que seus colegas de trabalho iam lhe visitar apenas para colher informações a seu respeito. Acreditava que os colegas iam até sua casa especular sobre seu estado de saúde apenas para depois contar aos demais colegas do trabalho. Quando perguntado por qual razão achava que seus colegas fariam isso e que ganho teriam ao fazer isso, Lucio ficou pensativo por alguns minutos e, ao final, disse: *“eles não iam ganhar nada, né?”*.

Ficou nítida uma incongruência no pensamento de Lucio: por um lado, sentia-se abandonado pelos amigos, que não iam constantemente visitá-lo. Por outro lado, também não gostava quando colegas de trabalho iam até sua casa, pois acreditava que o motivo da visita era

apenas especular sobre seu estado de saúde. Apesar da persecutoriedade com relação às visitas, gosta quando as recebe em sua casa.

À medida que as sessões ocorriam, Lucio trazia novas informações que havia buscado em diferentes fontes, sendo a principal delas, a internet. Conforme ia percebendo que era possível viver melhor com a bolsa de colostomia, questões conjugais começaram a emergir: a falta de diálogo, o distanciamento da esposa e a interrupção dos planos de ambos enquanto casal vieram à tona.

Inicialmente, sempre que se queixava do distanciamento (inclusive sexual) da esposa, Lucio dizia que não sabia por qual razão isso estava acontecendo. *“Eu não sei porque ela não me quer mais”* (referindo-se à falta de desejo da esposa em manter relações sexuais com ele). Em outro momento, disse: *“de uns tempos para cá que ela ficou assim”*. Questionado acerca de quanto tempo ele estava falando, Lucio pensa e responde: *“da cirurgia para frente tudo mudou. Não é mais como era antes”*.

A tristeza em sua fala fica bastante evidente nesse momento. É como se apenas ao falar sobre este aspecto Lucio percebesse que a utilização de uma bolsa coletora poderia estar influenciando a vivência de seu relacionamento conjugal e sexual com a esposa. Em dado momento, pontua: *“para te falar a verdade, eu também não me sinto bem. Não gosto nem de ficar pelado para tomar banho. Acho que ela deve sentir a mesma coisa”*.

É importante salientar que, ao falar sobre esse assunto, Lucio comenta várias vezes que não sabe o porquê de a esposa evitá-lo sexualmente. No entanto, conta que prefere não a confrontar, já que ela tende a ser grosseira e a não dialogar. Lucio mantém um discurso de sempre atribuir as dificuldades à esposa, sem refletir sobre as dificuldades que ele próprio pode estar passando.

Não ficou evidente até que ponto esse distanciamento partiu apenas da esposa. Devido ao fato de estar com sua autoimagem bastante prejudicada e por não aceitar completamente a bolsa de colostomia, é possível que o próprio Lucio também tenha se distanciado da esposa de alguma forma, embora ele próprio não perceba tal situação.

O casal não conversa sobre esse assunto. As tentativas de Lucio em abordar o tema sempre são frustradas pela esposa, que acaba se excedendo e gritando, situação esta que o deixa ainda mais incomodado: *“Hoje eu já prefiro nem tentar mais falar de nada. Não vale a pena”*.

O isolamento não ocorreu apenas na esfera conjugal: passou a se isolar do convívio social, de um modo geral, por acreditar que as pessoas poderiam perceber o uso da bolsa e afastar-se dele. Precisou adaptar sua alimentação de modo que sempre que viaja ou quando vai

para algum local em que haverá muitas pessoas, prefere tomar café ou água apenas, a fim de evitar eliminar fezes na bolsa coletora. Parte de sua família e alguns de seus amigos ainda não sabem que Lucio usa a bolsa de colostomia; a maioria acredita que ele parou de trabalhar apenas em função do câncer.

Tal como ocorria na situação de evitar questionar médicos sobre seu estado de saúde, buscou-se mostrar a Lucio que ele se mantinha na mesma situação de passividade no que se refere à esposa: Lucio tende a aceitar todas as decisões da esposa, sem questionamentos, e isso o deixa numa situação desconfortável. Foi conversado e reforçada a importância de Lucio continuar em psicoterapia a fim de trabalhar questões importantes nele próprio, se fortalecer, para então enfrentar com mais clareza e segurança sua situação conjugal.

A dificuldade em se abrir também foi trabalhada. Lucio precisava perceber que, para que as pessoas percebessem aquilo que ele realmente queria, era necessário que ele dissesse o que estava sentindo e quais eram suas expectativas: se deseja que os amigos lhe visitem, é importante convidá-los a fazer isso; se é importante dialogar com a esposa, pode também dizer isso a ela.

Outra questão fundamental que emergiu nos atendimentos foi relacionada ao fato de ele ainda não ter tido filhos. Ele contou que era uma vontade que ele tinha anteriormente ao câncer, mas que se tornou algo inimaginável após o tratamento e a cirurgia. Embora fisicamente ainda seja capaz de ter filhos, acredita que a esposa jamais concordaria com isso. Apesar de pensar sobre essa temática, nunca conversou com a companheira a esse respeito.

4.1.3.3 Término do acompanhamento

Evidentemente, apenas 8 sessões não seriam suficientes para dar conta da quantidade de questões que o caso de Lucio demandava. Devido à questão temporal ser bastante breve, objetivou-se fazer atendimentos mais focados e diretivos.

Nas últimas sessões, Lucio contou sobre suas expectativas futuras, com relação ao desejo que sente de voltar para sua cidade natal. Embora não tenha conseguido ainda resolver sua questão conjugal, percebeu que existem coisas que precisam ser conversadas entre o casal, objetivando uma melhor sintonia e a uma convivência mais harmoniosa entre eles.

O espaço dado a Lucio nas sessões de *follow-up* foi bastante importante por se tratar, fundamentalmente, de um ambiente de acolhimento de tudo aquilo que ele vinha sentindo desde

o descobrimento do câncer até seu momento atual de vida. Embora o câncer atualmente seja considerado em remissão, foi deixada uma marca permanente: a colostomia. Falar sobre seus sentimentos possibilitou que Lucio iniciasse uma elaboração sobre eles.

Lucio ainda possuía muitas questões que precisavam ser trabalhadas por meio de Psicoterapia e, por essa razão, foi-lhe entregue uma lista com indicações de alguns locais na cidade que realizam atendimentos psicológicos de maneira gratuita. Foi orientado a compartilhar esses telefones também com sua companheira, caso ela também quisesse procurar esse tipo de atendimento. O espaço para atendimento no Laboratório Chronos também lhe foi deixado à disposição caso desejasse.

4.2 CASO 2: FERNANDA

4.2.1 Teste HTP

Quadro 3: Observações gerais - desenhos Fernanda

	Tempo de latência	Tempo para completar o desenho
Casa	2 segundos	1 minuto e 40 segundos
Árvore	8 segundos	1 minuto e 4 segundos
Pessoa	3 segundos	2 minutos e 6 segundos
Pessoa do sexo oposto	4 segundos	3 minutos e 2 segundos

4.2.1.1 Casa (Figura 6)

Comentários: Após receber a instrução de que deveria desenhar uma casa, fez questão de se certificar a respeito do que deveria ser feito: “*devo desenhar uma casa?*”, “*a casa pode ser do jeito que eu quiser?*”, “*ok, vou fazer como eu sei então*”.

Características gerais do desenho: Desenho realizado na horizontal e localizado no quadrante superior esquerdo. O telhado da casa aparenta estar voando e Fernanda explica tal fato com a frase: “*o telhado está assim porque está ventando muito*”. Apesar disso, as paredes da casa estão bem definidas, com contornos adequados. Foram desenhados os elementos essenciais: três janelas, duas portas, paredes e telhado. Não há nenhuma chaminé. Casa

desenhada um pouco torta, apresentando lado esquerdo mais baixo que o direito. Não foi desenhada nenhuma linha de solo ou paisagens adicionais.

4.2.1.2 Árvore (Figura 7)

Comentários: Fernanda mencionou que achava difícil desenhar uma árvore. O desenho da árvore foi o que apresentou maior tempo de latência se comparado aos demais. Fernanda não esboçou comentário nem expressão facial antes de iniciar o desenho. Após o tempo de latência, iniciou a tarefa.

Características gerais do desenho: Desenhada horizontalmente na folha, com quase a totalidade do desenho na parte esquerda. Fernanda iniciou pelo desenho do tronco, seguido da copa, frutos, folhas e raízes. As raízes aparecem com transparência no desenho. A copa da árvore indica um movimento no desenho com folhas caindo. Apesar de existir a raiz, não foi feita nenhuma linha solo.

4.2.1.3 Pessoa (Figura 8)

Comentários: Enquanto desenhava a figura, comentou: “*ah, se minha filha soubesse que eu estou desenhando ela, vai querer me matar*”. Após alguns segundos em silêncio, continuou: “*ainda mais se descobrir que eu desenhei ela assim*”; e começa a dar risada de forma bastante descontraída.

Características gerais do desenho: Fernanda iniciou o desenho (feito verticalmente) pelo rosto, seguido de cabelos e corpo. Localizado na parte superior esquerda da folha. O traçado do desenho está bastante fraco. Apresenta elementos essenciais: cabeça, tronco, duas pernas e dois braços. O braço direito, entretanto, não apresenta uma aparência convencional (são vários riscos desenhados). Mãos foram omitidas. Na cabeça, encontram-se desenhados dois olhos (ocos), nariz, boca e cabelos. Não foi desenhado pescoço. O rosto está aberto, sem um contorno definido, tendo sido desenhado apenas o queixo. Os pés, por sua vez, foram desenhados como duas ondas. A cabeça foi desenhada proporcionalmente maior do que o restante do corpo. Foi desenhado um sol.

4.2.1.4 Pessoa do sexo oposto (Figura 9)

Comentários: Antes de iniciar o desenho, Fernanda comentou: “*ah, desenhar um homem é mais difícil, porque homem tem menos detalhe, né?!’*”. Balançou um pouco o lápis e iniciou o desenho, começando pelo nariz, seguido de cabeça, pescoço e corpo. Pensou em desenhar um sol, mas concluiu: “*Não, no desenho do homem não tem sol*”.

Características gerais do desenho: Folha utilizada verticalmente, com desenho localizado na parte superior esquerda. O desenho da figura masculina apresentou contornos mais firmes do que o desenho da figura feminina. Encontram-se no desenho elementos essenciais como tronco, duas pernas e cabeça. Os braços são representados por dois riscos simples. Cabeça com olhos (ocos), cabelos, boca e nariz com conotação fálica. Foram desenhados pés. Cabeça proporcionalmente maior do que o resto do corpo e contorno aberto. Não foi desenhado pescoço.

4.2.2 Entrevista Clínica

Foi realizado o primeiro contato com Fernanda por telefone, de modo que lhe foi explicado o objetivo da pesquisa e realizado o convite para que dela participasse. De imediato, Fernanda aceitou e disse que achava muito importante poder compartilhar sua história, pois “*muitas coisas*” tinham acontecido após a cirurgia. Comentou que “*muitas coisas ruins*” tinham ocorrido e que gostaria de contribuir para que outras pessoas não passassem pela mesma situação.

No dia agendado, entretanto, não compareceu. Foi feito contato telefônico e Fernanda pediu desculpas, dizendo que havia esquecido da data previamente marcada. Perguntou se poderia reagendar, alegando que não faltaria novamente, reafirmando o que já havia dito no primeiro contato telefônico: que havia sofrido muito e que julgava ser muito importante relatar tudo que havia passado.

Compareceu, então, pontualmente, no dia reagendado. Foi convidada a entrar na sala, sentou-se e pediu desculpas novamente pela primeira falta. Assim como aconteceu com Lucio, Fernanda comentou sobre algumas pessoas da equipe médica, elogiando e afirmando que sua vida havia sido salva por ter conseguido chegar àquele serviço de saúde. Comentou que foi

muito bem atendida e acolhida e que considerava que tal fator tinha sido fundamental para o sucesso de seu tratamento e de sua recuperação.

Fernanda expressava-se muito bem, de forma bastante direta e com clareza. Contou que sempre foi uma mulher vaidosa, que gostava muito de se arrumar, usar roupas mais justas, sair para dançar e se divertir. Sempre trabalhou bastante, já tendo iniciado, por duas vezes, um negócio próprio na área alimentícia. Resolveu vir para São Paulo para poder trabalhar e, assim, conseguir melhores condições de vida (sua família é de Minas Gerais).

Como parentes ainda vivos, tem a madrasta e um irmão, com o qual não fala há muitos anos. Ambos vivem em Minas Gerais e Fernanda não mantém contato próximo com nenhum. Seus pais já são falecidos e dois de seus irmãos (por parte de pai) faleceram por conta de um câncer. Quando contou tal fato, Fernanda fez questão de mencionar que ambos faleceram porque se entregaram à doença: *“eles se entregaram. Entendeu? Eles entraram numa depressão assim tão grande por causa de mulher e filhos, que eles se entregaram. Aí foi muito mais forte do que eles. Ao contrário de mim, eu não deixei”*.

Cerca de 25 anos atrás, resolveu deixar a filha em Minas Gerais e vir para São Paulo. Pretendia buscar sua filha tão logo estivesse financeiramente estabilizada. Nessa ocasião, tinha um relacionamento com um homem (que não era o pai de sua filha), com o qual morou por nove anos aproximadamente e, juntos, montaram um bar em sociedade com uma terceira pessoa. Relatou que, infelizmente, o bar faliu e esse sócio veio a cometer suicídio. Os bens que ela possuía precisaram, então, ser vendidos a fim de sanar as dívidas. Na sequência, o casal acabou se separando.

Solteira novamente, comprou um novo bar, dessa vez, contanto apenas com seus próprios recursos financeiros. Após algum tempo, seu ex-marido retornou e exigiu metade do novo bar. Novamente Fernanda vendeu o bar e ficou sem dinheiro, pois deu ao ex-marido a quantia que ele havia exigido. Após algum tempo, conheceu seu atual companheiro, com o qual ainda vive. Na época em que o conheceu buscou sua filha em Minas Gerais (a menina estava com dez anos de idade na época). A garota e o padrasto se deram muito bem e até hoje mantêm uma relação saudável.

Na ocasião em que descobriu o câncer estava trabalhando como cuidadora de idosos numa casa de família. Coincidentemente, na mesma época, sua patroa também descobriu que estava com câncer. Fernanda comentou que a diferença principal entre ela e a patroa era a questão social: enquanto ela própria dependia dos serviços públicos de saúde, sua patroa

conseguiu tratamento de uma forma muito mais simples e rápida, portanto, segundo suas palavras, “*com menos sofrimento*”.

Quando da descoberta do câncer, Fernanda começou a emagrecer muito e a se sentir muito fraca, o que acabava impactando seu rendimento no trabalho. Por essa razão, teve de contar para a filha de sua patroa sobre a doença, pois era essa filha a responsável pelos pagamentos e questões burocráticas relacionadas à contratação de Fernanda.

A patroa solicitou que Fernanda levasse os exames que comprovavam o diagnóstico, a fim de que pudesse dar entrada em seu afastamento pelo INSS. Fernanda, entretanto, sentiu-se desrespeitada e teve a sensação de invasão de sua privacidade, pois todos da família tiveram acesso aos exames e questionaram sobre a condição de doente de Fernanda, dirigindo-lhe perguntas diversas sobre procedimentos, hospitais e afins.

Fernanda salientou que teve a impressão de que sua patroa estava, na verdade, tentando, segundo suas palavras, “*se livrar*” dela (dispensá-la do trabalho) e que precisava de uma “*desculpa*” para isso e, por esse motivo, teria solicitado a comprovação da neoplasia por meio dos exames. Para Fernanda, sua patroa sabia que não seria mais possível prosseguir com o trabalho devido à sua condição física mais debilitada e, por isso, queria dispensá-la do trabalho.

Fernanda foi, então, afastada do trabalho e teve de aguardar por cerca de quatro meses para começar a receber sua aposentadoria pelo INSS, período em que ficou financeiramente dependente de sua filha (nessa época, com cerca de 26 anos de idade), tendo em vista que seu companheiro não ofereceu nenhum tipo de auxílio nesse sentido. Quando aborda este tópico na entrevista, fica emocionada e chora bastante.

Em vários momentos ao longo da entrevista, Fernanda menciona um amigo que reside em seu bairro e que representou um grande apoio no processo de tratamento do câncer. Declara que eles não têm nenhum relacionamento amoroso, até mesmo em função de ela ainda estar vivendo junto com seu companheiro. Esse amigo a ajuda, oferecendo apoio emocional e tem sido fundamental na vida da paciente.

Sente-se sozinha desde que ficou doente, sobretudo tendo em vista que seu companheiro não lhe ofereceu o apoio necessário. Além disso, seus parentes não vivem na cidade e sua filha trabalha, o que impossibilita que passe muito tempo com a mãe. Somado a isso, existe o fato de Fernanda ter parado de trabalhar, situação que lhe causou grande estranhamento, pois estava habituada à rotina de trabalhar fora.

Na ocasião em que participou da entrevista, já estava agendada a data da cirurgia de reversão da colostomia e Fernanda estava muito ansiosa. Vinha apresentando algumas crises de

ansiedade; seu médico já estava ciente e a acompanhando com relação a isso. Tinha a expectativa de retomar sua rotina de vida normal, tal como era antes da cirurgia, voltando a “viver como qualquer pessoa normal” (sic).

Além de retomar o trabalho, pretendia voltar a usar as roupas que usava antigamente: “eu fico imaginando, depois da minha cirurgia, eu voltar a usar, eu adoro usar vestido, uma saia, um short, coisa que eu não faço né. É só calça de moletom, calça para fazer ginástica, e daí por diante. Não vejo a hora”.

Sente-se muito mal por depender da filha. Conta que sempre trabalhou e pôde cuidar de si própria e de outros familiares. Contudo, após a doença, viu-se numa posição contrária, passando a ser dependente da filha para poder realizar determinadas atividades e para se sustentar financeiramente. Contrariando recomendações dos médicos e da filha, realizava sozinha os serviços de casa, segundo relatou: “fazendo as coisas aos pouquinhos, porque nunca dependi de ninguém para nada”. Sentiu que muitos dos parentes que ela ajudou no passado não lhe ofereceram ajuda nos momentos em que ela precisou e ressentiu-se com este fato.

4.2.2.1 História pessoal

Fernanda tem 51 anos de idade e realizou a cirurgia de colostomia temporária no segundo semestre de 2014. Na data em que a entrevista foi realizada, já havia sido reagendada por três vezes a cirurgia de reversão da colostomia, de modo que ela permanecia aguardando o procedimento. A paciente vinha manifestando crises de ansiedade bastante acentuadas a cada novo agendamento de cirurgia, apresentando insônia e angústia elevadas (em relação a estes sintomas, estava sendo acompanhada pelo médico).

Reside com seu companheiro, com quem vive uma união estável há cerca de vinte anos, e com uma filha de 28 anos de idade, fruto de um relacionamento anterior. Relata que possuía uma relação bastante próxima com o companheiro, afirmando que se considerava bastante satisfeita com seu casamento. Tinha uma vida sexual ativa e saudável com o companheiro e contou que isso era algo muito positivo na relação do casal.

Repentinamente, Fernanda começou a se sentir mal e foi buscar ajuda médica por conta de sintomas de constipação intestinal, sangue nas fezes e dor abdominal intensa. Inicialmente, acreditou-se que se tratava de um quadro de hemorroidas, tendo a paciente sido medicada. Contudo, a dor não passou e ela resolveu buscar novamente o serviço médico.

Após a realização de alguns exames, foi diagnosticada com câncer; realizou quimioterapia e radioterapia. Foi operada com urgência, pois não conseguia mais evacuar. Na ocasião de sua cirurgia, sua filha representou seu principal ponto de apoio, tendo comparecido ao hospital para receber as explicações de cuidado com a bolsa de colostomia e as orientações gerais sobre como ajudar sua mãe nesse processo.

O companheiro de Fernanda não lidou bem com a situação, de modo que, a partir desse momento, distanciou-se e passou a dormir no chão da sala da casa da família, tão logo Fernanda retornou do hospital após a cirurgia. Desde então, os dois não têm uma boa relação, conversando entre si apenas o necessário para convivência. Fernanda conta que sequer tem vontade de iniciar um diálogo sobre isso com ele, pois sente-se muito magoada com essa situação.

É bastante extrovertida e comenta que sempre quis ter um espaço para falar das dificuldades pelas quais estava passando, porém, nenhum dos serviços de saúde pelos quais passou lhe ofereceu esse suporte. Sente-se solitária e projeta todas as suas expectativas de melhora em sua qualidade de vida a partir do momento em que não mais precisar usar a bolsa de colostomia.

4.2.2.2 História da doença

Por ocasião da aparição dos primeiros sintomas, Fernanda buscou ajuda médica e após diversas consultas começou a desconfiar que talvez o primeiro diagnóstico que havia recebido não estivesse correto. Havia sido diagnosticada com hemorroidas, porém, não percebia nenhuma melhora em seus sintomas e, por isso, começou a desconfiar que algo não estava bem. Insistiu, então, com a médica, argumentando que gostaria de fazer exames mais específicos a fim de ter certeza do diagnóstico (foi bastante ativa nesse processo de questionamento sobre o diagnóstico).

Já com os resultados dos exames, retornou ao médico que finalmente lhe deu o diagnóstico de neoplasia. Voltou para casa atônita e não sabia como dar a notícia para sua filha. Tinha crises de choro constantemente e, em determinado dia, sua filha a viu chorando, ao perguntar o que estava acontecendo, Fernanda finalmente lhe contou sobre a doença. A filha, a partir de então, passou a apoiar e incentivar a mãe em todo o percurso do tratamento.

A princípio, a filha de Fernanda quis procurar o médico que havia dado à mãe o primeiro diagnóstico errado (hemorroida). Porém, Fernanda achou melhor que isso não fosse feito, pois

acreditava que de nada adiantaria buscar um culpado para a situação. Iniciou, com a ajuda da filha, a busca por uma vaga em algum serviço de saúde que pudesse atendê-la e proporcionar a ela o tratamento adequado.

Esse foi um período muito complicado para Fernanda, que não conseguia mais evacuar, perdeu drasticamente o apetite e chegou a perder 30kg em menos de seis meses, ficando extremamente debilitada. Como a filha trabalhava e o companheiro não estava disposto a acompanhá-la, costumava comparecer sozinha a todas as consultas e exames.

Em uma de suas idas ao Pronto-Socorro (PS) por conta de não conseguir evacuar, a paciente foi instruída a retornar para sua casa pois não havia vagas disponíveis no hospital. Pediram que ela voltasse ao PS apenas se sentisse vontade de evacuar e/ou vomitar (pois as fezes poderiam ser expelidas no vômito). Quando sentiu esses sintomas em sua casa, dirigiu-se ao PS, porém, desmaiou a caminho, ainda dentro do ônibus que a transportava. O motorista a socorreu, levando-a ao hospital, local de onde foi transferida com urgência para outra unidade e operada no mesmo dia.

Após retornar da anestesia, foi explicado a ela que havia realizado uma colostomia e solicitaram a presença de algum familiar para lhe informar o modo como deveriam ser realizados os procedimentos no período pós-cirúrgico. Entretanto, ninguém da equipe médica explicou a Fernanda o que era, de fato, a colostomia, tampouco qual seria sua função. Devido a este fato, mesmo após a cirurgia, a paciente continuava tentando evacuar, obviamente sem sucesso. Apenas quando se queixou de constipação intestinal é que a enfermeira lhe explicou que as fezes seriam expelidas apenas pela incisão que havia sido realizada em seu abdômen.

Surpresa, apenas a partir dessa explicação Fernanda começou a compreender o que era e para qual finalidade a cirurgia tinha sido realizada. Com grande dificuldade de adaptação ao uso da bolsa, sente vergonha e prefere evitar frequentar locais públicos devido ao receio que tem de precisar lavá-la em algum local que não seja sua própria casa. Usa roupas largas para que a bolsa não apareça e sente-se mal, pois antigamente gostava de usar roupas mais justas/curtas. Além disso, contou que sempre foi de sair muito, frequentar bares e sair para dançar. Sentiu muito essa mudança e espera poder retornar a essas atividades após realizar a cirurgia de reversão.

4.2.2.3 Relacionamento conjugal e sexual após a colostomia

Fernanda sentia-se feliz com seu casamento antes da descoberta da doença. Relatou que tinha uma vida sexual ativa e fazia muitos planos junto ao seu companheiro. Quando o conheceu, sua filha ainda era pequena, de modo que a menina passou a considerá-lo como pai e a relação entre eles continua, ainda na atualidade, sendo muito boa.

Ele foi chamado ao hospital quando da internação de Fernanda. Compareceu para a realização dos trâmites burocráticos, porém, sem conversar com ela. As enfermeiras fizeram algumas explicações a ele e à filha da paciente a respeito dos cuidados com a limpeza e troca da bolsa. Apesar disso, saindo do hospital, o homem começou a evitar a esposa: passou a dormir no chão da sala e o diálogo entre o casal foi gradativamente diminuindo até se tornar praticamente inexistente.

Fernanda relatou que ainda estava muito magoada devido a esse comportamento de José, pois achava que ele a ajudaria nesse processo, já que, segundo ela, o casal sempre foi unido, mesmo nas situações de adversidade pelas quais já haviam passado. Esperava que ele, ao menos, perguntasse a ela como estava se sentindo, se precisava de algo, etc.

Contou sobre o relacionamento do casal no passado, afirmando que muita coisa mudou após o câncer. Reconhece, entretanto, que algumas dessas mudanças ocorreram com ela própria, pois no momento sente muita vergonha por usar a bolsa coletora. Esperava que ele compreendesse a vergonha que ela sente e a tratasse com mais carinho nesse momento. Após a cirurgia, o casal não teve mais nenhuma relação sexual. Quando precisavam conversar, o diálogo acontecia de forma muito hostil, de modo que Fernanda passou a preferir nem mais tentar falar sobre esse assunto.

Contou que José já havia sido casado com outra mulher, da qual não se divorciou legalmente até hoje. Fernanda descobriu recentemente que o companheiro paga, ainda hoje, convênio médico para a ex-mulher, fato que a deixou com muita raiva, pois ela própria não tem convênio médico e teve de realizar todo seu tratamento médico por meio da rede pública de saúde.

4.2.3 Acompanhamento do caso

Propôs-se para Fernanda – assim como ocorreu com Lucio – que fossem realizadas algumas sessões de *follow-up*, tendo em vista que falar sobre questões tão doloridas poderia ter despertado alguns sentimentos que precisavam ser trabalhados. A entrevistada afirmou ficar muito satisfeita com essa possibilidade, pois estava consciente da importância de realizar acompanhamento psicológico, algo que nunca foi possível devido às suas condições financeiras.

Tendo compreendido e concordado com a proposta do Chronos, foi agendado dia e horário da semana e explicadas as regras de funcionamento do laboratório. Na semana seguinte, Fernanda compareceu pontualmente no dia e horário marcados, sempre muito solícita e cooperativa.

Fernanda demonstrou extrema resistência em falar sobre suas questões pessoais, sentimentos, frustrações e expectativas. Evidentemente, o limite colocado por ela foi respeitado, de modo que ela não foi obrigada a abordar assuntos com os quais não se sentia confortável. A seguir consta um excerto da fala de Fernanda, extraído da primeira sessão:

Fernanda - *Depois que meu pai faleceu foi muito difícil. Minha filha ficou muito mal e eu precisei trazê-la para São Paulo [...]. Sem meu pai eu fiquei sozinha, porque minha madrastra, você sabe, não é igual... ela soube que fiquei doente mas nunca me visitou, que nem eu te falei.*

Entrevistadora - *E como você se sente em relação a isso?*

Fernanda – [Pensa por alguns instantes antes de responder] *Olha, eu nem sei, viu?! Acho que prefiro não falar, não pensar sobre isso.*

Entrevistadora - *E porque você acha que não quer pensar sobre?*

Fernanda - *Porque é ruim. Já passou, eu já fiquei doente, já me operei. Agora é bola para frente.*

Fernanda focou suas falas na questão da ansiedade que sentia em função da cirurgia de reversão, que ocorreria na semana seguinte. Muito empolgada, contava sobre como seria sua vida após a cirurgia, quais os planos que esperava concretizar e, sobretudo, o grande alívio que sentia por não precisar mais usar a bolsa: *“Foi terrível. Mas graças a Deus já passou, já vai passar. Eu não vejo a hora, não penso em outra coisa”*.

A cirurgia de reversão da colostomia estava agendada para ocorrer na semana seguinte à primeira sessão de *follow-up*. Por essa razão, as sessões seguintes foram suspensas por tempo indeterminado. Ficou acordado que seria feito contato via telefone para saber quando Fernanda já estaria em condições de retomar as sessões.

Dessa forma, transcorridos 15 dias da data da cirurgia, foi feito contato telefônico. A paciente contou que foi internada e realizou todos os procedimentos preparatórios necessários para a cirurgia, incluindo jejum. No entanto, sem nenhum aviso prévio, a cirurgia foi desmarcada no mesmo dia em que deveria ter ocorrido. Fernanda não soube explicar por qual razão isso havia ocorrido e estava muito entristecida com a situação.

Segundo seu relato, informaram-lhe que devido a um problema interno do hospital, a cirurgia precisaria ser remarcada. Nesse contato telefônico foi realizado o acolhimento da paciente, pois ela não estava em condições emocionais para discorrer sobre outros assuntos. A orientação que recebeu foi a de que o hospital entraria em contato novamente para ser realizado novo agendamento.

Após algum tempo de conversa, Fernanda disse que realmente estava muito desanimada e nervosa com a instituição hospitalar e que, por isso, preferia não seguir com o acompanhamento psicológico até que a nova data da cirurgia fosse agendada. Foi explicado a ela que sua vontade seria respeitada, tendo sido ela orientada a entrar em contato caso sentisse essa necessidade. Cerca de dois meses depois foi realizado um novo contato telefônico, mas a cirurgia ainda não havia sido reagendada. Fernanda disse que, enquanto não realizasse a cirurgia, não tinha a intenção de fazer qualquer tipo de acompanhamento, decisão esta que foi totalmente respeitada.

5 DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, foi possível observar algumas temáticas comuns aos dois casos que serão apresentadas e discutidas a seguir. Tais temáticas, de maneira direta ou indireta, dizem respeito à questão do contato com os próprios sentimentos e das relações interpessoais e conjugais que impactam na vivência da sexualidade desses pacientes após a colostomia.

As poucas informações que os dois entrevistados receberam sobre os procedimentos médicos e cirúrgicos aos quais seriam submetidos foram fornecidas por enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Essas informações versavam principalmente sobre questões envolvendo limpeza e cuidado da bolsa. Esse achado vai de encontro a estudos como o de Rodrigues (1989), que evidenciou maior orientação da equipe de enfermagem no que diz respeito às questões psicobiológicas, em detrimento das de ordem psicossocial. O estudo concluiu que, na maior parte dos casos, os pacientes foram atendidos por auxiliares de enfermagem, e nem sempre todas as informações sobre a cirurgia eram passadas de maneira completa aos pacientes. Além disso, orientações sobre o cuidado no período pós-cirúrgico eram fornecidas apenas no momento da alta.

O sofrimento causado pelo impacto da cirurgia afetou os dois entrevistados de maneira contundente, causando-lhes sofrimento, isolamento e tristeza, independentemente do fato de se tratar de uma colostomia temporária ou definitiva. Em estudo realizado no Distrito Federal, Fortes, Monteiro e Kimura (2012) buscaram comparar a qualidade de vida em pacientes colostomizados divididos em dois grupos – colostomizados temporários e definitivos – e concluíram não haver diferenças entre esses dois grupos no que se refere à qualidade de vida, uma vez que ambos relataram as mesmas angústias e sofrimentos.

Por outro lado, Camargo (2005) realizou um estudo com o objetivo de investigar traços de personalidade de 30 pacientes portadores de câncer reto distal. Esses pacientes foram separados em três grupos, quais sejam: (1) os que não realizaram cirurgia; (2) os que realizaram ileostomia provisória; e (3) os que realizaram colostomia definitiva. A autora concluiu que as condições emocionais eram semelhantes nos três grupos, contudo, encontrou algumas diferenças relacionadas ao gênero: enquanto as mulheres apresentaram autoimagem negativa, desvalorização pessoal e dificuldades em interações sociais, os homens demonstraram sentimentos construtivos, adaptabilidade e maior facilidade para lidar com o luto.

No caso específico dos dois entrevistados na presente pesquisa, o enfrentamento relacionado ao sofrimento apontado por ambos em decorrência da cirurgia parece conter algumas diferenças. Fernanda, que passou por uma cirurgia temporária, tem esperanças de uma vida melhor e foco no futuro; Lucio, submetido à cirurgia definitiva, mantém o foco no passado, com lembranças nostálgicas de quando ainda não era operado. Almeida, Rezende, Schall e Modena (2010) buscaram compreender o modo como os pacientes vivenciavam sua condição de portador da bolsa coletora após a realização da cirurgia comparando recém-operados e pacientes que já conviviam com a bolsa há mais tempo. Concluíram, dentre outras questões, que pacientes recém-operados preocupavam-se fundamentalmente com questões associadas ao cuidado da bolsa, enquanto os que já conviviam com ela há mais tempo preocupavam-se mais com as limitações impostas em seu cotidiano. O estudo salientou a necessidade de a equipe interdisciplinar responsável buscar e incentivar ações que promovam autonomia e qualidade de vida a esses pacientes.

5.1 PASSADO X FUTURO: PARA ONDE IR?

5.1.1 Lucio: desligamento da realidade e idealização do passado

Segundo Buck (2009, p. 42), o desenho da casa no teste HTP:

parece estimular uma mistura de associações conscientes e inconscientes referentes ao lar e às relações interpessoais íntimas [...]. Para os adultos, a casa parece salientar o ajustamento a situações domésticas em geral e, mais especificamente ao esposo (a) e aos filhos [...]. As áreas de interpretação no desenho da casa geralmente referem-se à acessibilidade, ao nível de contato com a realidade e ao grau de rigidez do indivíduo.

Lucio apresenta características de uma pessoa insegura e desligada da realidade. Tal fato ficou evidente pela análise de seus desenhos no teste HTP, os quais não possuem linha de solo; ele chega a comentar que a casa precisa de alguns elementos que lhe ofereçam segurança. Diz: *“eu só desenhei uma coberturinha, mas falta um telhado. Eu acho que ela deveria ficar no chão; ela ficou solta, precisava prender ela no chão”*.

Por meio do inquérito, relatou o que sente com relação à casa em que vive na atualidade: é uma casa fria, sem calor humano, sem alegria. Em suas palavras: *“Lá na minha cidade é quente. Eu não gosto do frio, não. Na Bahia é quente e no calor você se vira. Aqui em São Paulo é frio”*. Atualmente, Lucio sente-se vivendo numa situação de solidão, menosprezado pela esposa e sem perspectivas de melhoras enquanto estiver vivendo nessa casa.

O entrevistado idealiza seu passado, quando ainda morava com a mãe em sua cidade natal. Por essa razão, deseja retornar a viver lá, na esperança de reencontrar felicidade, calor humano e companhia. Ele não se dá conta de que, ainda que retorne para lá, estará vivenciando um momento bastante diferente em sua vida, pois voltará como um sujeito com câncer remissivo e portador de uma colostomia definitiva. Segundo Almeida (2009), situações como doenças são favoráveis para que ocorram comportamentos regressivos. Nesses casos, o sujeito é levado a ter saudades de épocas em que experienciou maior prazer (seja ele real ou imaginário).

Quando existe algum conflito, tal como ocorre com Lucio e sua dinâmica de vida atual, o Ego, na tentativa de aliviar temporariamente essa tensão, pode utilizar-se de técnicas defensivas. Entretanto, em alguns casos, o conflito pode ser de tal magnitude que nem mesmo as defesas dão conta de amenizar esse quadro, acarretando uma “descompensação”, definida por Almeida (2009, p. 22) como “qualquer redução da integração do Ego, sob condições de pressão, criando-se um estado de intensa ansiedade que, dependendo do seu nível, levaria a quadros aparente ou realmente psicóticos por falha das defesas egoicas”.

O Ego é o responsável pelo “exame de realidade” e, nesse sentido, cabe a ele a adaptação do sujeito à realidade à sua volta, por meio de suas funções “perceptivas, intelectivas, afetivas e conotativas” (Almeida, 2009, p. 18). O Ego de Lucio não dá conta de exercer esse papel: diante das inúmeras mudanças que o câncer e a cirurgia trouxeram, seu Ego não teve condições para se adaptar à nova realidade.

Lucio demonstra algumas características que tangenciam traços psicóticos, demonstrados por meio de sua fala, desenhos do HTP e atitudes em seu cotidiano. Apesar de estar bem adaptado ao seu meio, tem dificuldades para enfrentar sua realidade de colostomizado; essa realidade lhe é tão dura que ele atua como se tudo estivesse bem, evitando situações em que tenha de confrontar sua condição de portador da bolsa de colostomia. Seu Ego não dá conta de solucionar tamanho conflito e, assim, seu nível de integração também sofre um impacto. Zimerman (2004, p. 244) denomina de “condições psicóticas” aquelas que acometem pacientes que, embora bem adaptados, são considerados como potencialmente psicóticos. Lucio não é um sujeito que sofra de psicose propriamente dita. No entanto, foi observada a expressão de algumas características que remetem a um quadro de psicose, tais como desorganização cognitiva e falta de contato com a realidade. Pensamentos paranoicos também foram detectados.

Ao longo da entrevista, sua desorganização cognitiva foi demonstrada por meio de suas falas: fornecia respostas diferentes daquilo que lhe havia sido perguntado, enrolava a fala

chegando, algumas vezes, a gaguejar e tornando a compreensão do conteúdo de seu discurso bastante difícil. Ao se ouvir a gravação da entrevista, verifica-se que algumas partes ficaram inaudíveis, devido à fala confusa e enrolada que ele apresentava. Em outros momentos, quando alguma pergunta estava sendo realizada, Lucio interrompia e balbuciava algumas palavras incompreensíveis; em outros momentos, desviava o assunto:

Lucio - [...] *não tem jeito, você fica constrangido com a bolsa.*

Entrevistadora - *Como assim?*

Lucio - *Eu tenho uma amiga que também operou aqui [...].*

Na fala acima, o desvio do assunto pode ter sido um recurso utilizado pelo entrevistado para não precisar abordar um tema que é tão complexo e dolorido para ele. Porém, esses desvios ocorreram também em outros momentos da entrevista, levando à compreensão de que não se tratava de um caso isolado, mas de uma desorganização mais generalizada.

Entrevistadora - *Seus irmãos sabem que você operou?*

Lucio - *Sabem. Minha irmã está com esse mesmo problema que eu.*

Entrevistadora - *O que ela tem?*

Lucio - *Ela está com problema no coração.... Ou é no fígado, não sei.*

Entrevistadora - *Mas qual problema ela tem?*

Lucio - *Que problema?*

Entrevistadora - *Você comentou que ela estava com problema.*

Lucio - *Ah, então, ela está vendo no médico...*

Lucio vive desconectado de sua realidade em São Paulo. Está alheio ao que ocorre em sua casa, preferindo, sempre que possível, permanecer sozinho em seu quarto. Quando a esposa e a enteada conversam entre si ou quando alguém visita a casa, Lucio afirma que prefere não interagir, optando por se isolar em seu quarto. No que se refere à sua situação conjugal, apresenta o mesmo comportamento: prefere não debater com a esposa sobre a condição do casal e finge que tudo está bem entre eles.

5.1.2 **Fernanda: hiato no presente e idealização do futuro**

Fernanda descreve com pesar seu passado, com muitas mágoas e tristezas. Não se recorda de algum feito passado que tenha tido sucesso que reverbere até os dias atuais: já teve uma família unida, porém, seus pais faleceram; teve casa e negócio próprios, que precisaram

ser vendidos; já viveu um relacionamento ótimo com seu companheiro, mas atualmente sequer conversa com ele. É como se nada do que fizesse desse certo.

A entrevistada apresenta alguns sintomas depressivos, dentre os quais, é possível mencionar: tristeza generalizada, anedonia, falta de concentração, problemas relacionados ao sono e pensamentos recorrentes sobre morte (chegou a cogitar suicídio logo que descobriu o câncer). O teste HTP revelou um pouco de toda essa tristeza: conta que, ao desenhar a casa, estava pensando numa propriedade que já possuiu, em conjunto com seu então marido. Contou que todas as casas nas quais já residiu somente lhe trazem lembranças ruins, mas que tem o sonho de novamente conquistar uma casa própria para si.

Quando da descoberta de um câncer, reações como ansiedade e depressão são formas de respostas de adaptação à condição de doente, de modo que podem, até certo ponto, serem analisadas pela ótica da naturalidade. Entretanto, a partir do momento em que tais sintomas perdurem por um tempo maior do que o esperado ou cheguem a atrapalhar a qualidade de vida do paciente, torna-se ponto de atenção especial, uma vez que podem se fazer necessários tratamentos tais como psicoterapia, medicação ou ambos (López & Ruiz, 2011). Fernanda nunca teve esse acompanhamento nem foi encaminhada para atendimento psicológico e conta sobre o sentimento de abandono que experimentou: *“era só eu e Deus. Eu, Deus e minha filha”*.

Apesar de contar com tristeza sua história, Fernanda faz questão de dizer que não guarda raiva de nenhuma situação passada ou de pessoas que tenham lhe feito algo de ruim. Não sabe como lidar com sentimentos negativos, como, por exemplo, a mágoa que sente dos que a abandonaram. Por essa razão, nega esses sentimentos e tenta amenizá-los, como pode ser percebido em algumas de suas falas:

“[...] eu já não tive tanta sorte. Mas disso aí eu não reclamo, não posso reclamar”.

“Eu ajudei todo mundo, mas quando fui eu que precisei... mas tudo bem, estou bem graças a Deus”.

De acordo com Laplanche e Pontalis (2016, p. 293), a negação é um “processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença”. Esse processo é claramente observado nas falas de Fernanda: quando vem à tona alguma reclamação sobre uma situação ruim, logo na sequência surge uma tentativa de amenizar esse sentimento.

A entrevistada, por diversas vezes, referiu-se a acontecimentos graves banalizando-os. Esse comportamento indica uma dificuldade que ela apresenta em entrar em contato com seus próprios sentimentos, especialmente quando se tratam de sentimentos negativos. Ela não se

permite sequer sentir raiva do médico que a diagnosticou de forma equivocada. É possível que a decisão de interromper as sessões de *follow-up* tenha ocorrido, dentre outros fatores, também devido a essa dificuldade de Fernanda. Em suas palavras:

“O médico disse: ‘você está com câncer, você está com um tumor’. E ali eu perdi o chão né. Mas de boa. Minha filha falou: ‘nós vamos nesse médico e eu vou xingar ele’. Mas eu falei: ‘não, o médico não tem culpa’, mas tudo bem”.

Respondendo ao inquérito do HTP, disse que a casa em que mora hoje não lhe parece uma casa amigável e, quando perguntada porque achava isso, respondeu: *“porque tem uma pessoa que ainda mora lá”*. A pessoa a quem se refere é seu atual companheiro, com quem vive uma união estável já há cerca de 20 anos. Relatou que *“a temperatura no desenho está baixa. O tempo está feio, está frio”*.

Fernanda transpôs para o desenho a situação que vive em sua casa: um ambiente depressivo, ruim e frio. Sua solidão e tristeza, entretanto, não são recentes: seus pais são falecidos, assim como dois de seus irmãos. Não fala há anos com o único irmão que ainda está vivo. Depois do falecimento do pai, distanciou-se da madrasta e demais parentes. Diz: *“Eu praticamente não tenho família. Minha família é minha filha. Éramos três, mas hoje é só eu e minha filha”*.

Sem esperanças para o tempo presente, projeta para o futuro a realização de muitos planos que, atualmente, não tem ânimo para realizar. Permanece confiante de que seu futuro será diferente. Acredita que poderá voltar a realizar atividades das quais gostava e que, além disso, poderá colocar em prática outros planos com os quais já sonhava, mas que por alguma razão ainda não havia realizado.

5.2 FALTA DE INFORMAÇÕES E ACESSO À SAÚDE

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde (2009), em seu art. 2º, dispõe: *“toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”*. A despeito disso, conforme aponta Fleury (2011, p. 46):

A sociedade brasileira convive hoje com uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma institucionalidade precária que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida das necessidades da cidadania.

O sistema público de saúde no Brasil enfrenta graves problemas e tal fato impacta o acesso da população a um atendimento de qualidade. Os entrevistados Lucio e Fernanda vivenciaram de perto tais problemas. Encontraram grande dificuldade para serem atendidos em hospitais da rede pública. Não obstante a demora e dificuldade para conseguir vaga e agendamento de consulta, o diagnóstico também foi demorado.

Lucio - *Eu retornei e ela [médica] me disse que era hemorroida. Passou um remédio, eu usei e melhorou um pouco. Daí eu fui viajar e quando voltei trabalhei mais uns dois meses e depois começou a doer de novo. Aí eu fui ao médico e lá estava fechado. Me encaminharam para um hospital em Pinheiros, mas cheguei lá e não tinha médico. Daí me mandaram para o Belém e de lá me mandaram para cá [local em que fez a cirurgia]. Demorou um ano para chegar aqui.*

Fernanda - *Eu achava que era uma hemorroida, os médicos falavam também que era hemorroida. Aí quando começou a doer eu comecei a insistir com a médica que eu queria realizar um exame mais profundo porque eu já estava desconfiada de que isso não era mais uma hemorroida, porque doía. Demorou quase um ano para eu saber que era câncer.*

Nos dois casos, foi observada uma demora para o diagnóstico de câncer. Campos (2010) ressalta a importância do diagnóstico precoce e argumenta que, em alguns casos, o agendamento de consultas e exames é tão demorado que o caso pode se agravar, de modo que um prognóstico que inicialmente seria bom pode tornar-se negativo. Nesses casos, segundo a autora, os pacientes podem precisar ser atendidos em hospitais especializados, nos quais enfrentarão novamente os mesmos problemas de recursos insuficientes para atender a todas as demandas.

Lucio apresenta características de uma personalidade mais passiva, pouco questionadora e com baixa energia para tomada de decisões. Por essas razões, negligenciou os sintomas por algum tempo antes de buscar ajuda. Apesar de continuar sentindo desconforto após o diagnóstico inicial de hemorroida, confiou no médico e não cogitou, num primeiro momento, que poderia tratar-se de algo mais grave.

A displicência de Lucio a respeito de sua saúde remete à sua dificuldade em entrar em contato com a realidade que se impõe: prefere negá-la a ter de lidar com ela – conforme já discutido anteriormente. Somente quando o médico disse que era realmente algo grave, o paciente passou a ficar, de fato, preocupado com sua condição de saúde.

Lucio - *Aí nós foi [sic] tomar café numa padaria. [...] senti uma dorzinha e aí comecei a chorar né... Aí o cara falou assim: 'ih, que que ele tem moça, que que ele tem?'. E ela falou:*

*‘ah, ele está doente’. Daí ele falou: ‘você não vai mais trabalhar hoje, você não vai. Você vai ter que ir lá no hospital. Vamos lá no hospital’. Para falar a verdade, foi até uma luz, que ele passou lá, né?!’.*¹⁶

Ao contrário de Lucio, Fernanda apresenta um maior desenvolvimento intelectual e cognitivo. Mais articulada e questionadora, logo ao início desconfiou que o diagnóstico de hemorroidas poderia não ser o correto. Embora banalizando alguns acontecimentos importantes ocorridos consigo, Fernanda, desde o início do aparecimento dos primeiros sintomas, estava consciente de que poderia tratar-se de algo mais grave.

Argumentou com o médico, dizendo que continuava a sentir dores e que desconfiava tratar-se de algo mais grave. Pediu, então, que a médica solicitasse algum exame mais específico que confirmasse ou refutasse o diagnóstico: “[...] *eu comecei a insistir com a médica que eu queria realizar um exame mais profundo* [...]”.

Numa perspectiva biopsicossocial, em que aspectos de ordem cultural, biológica e psicológica do paciente tornam-se importantes, é fundamental incentivar o paciente a ser um agente ativo em seu processo de tratamento. Fernanda, ao que tudo indica, exerceu esse papel, sempre buscando mais informações sobre seu caso e questionando os médicos em busca de respostas para suas dúvidas.

Além do papel participante do próprio paciente, o apoio familiar também é considerado de vital importância para enfrentar uma doença. Segundo Peçanha (2008), o câncer pode ser considerado um estressor ambiental e psicofísico que requer um grande esforço adaptativo por parte do paciente. Além disso, o tratamento em geral é acompanhado por medos e incertezas com as quais pacientes e familiares precisam aprender a lidar. Foi observada uma diferença significativa entre os dois entrevistados no que se refere ao apoio recebido por seus respectivos companheiros ao longo desse processo, como será melhor discutido adiante, no item 4.3 do Capítulo V – Discussão.

5.3 LUTO, AUTOESTIMA E APOIO CONJUGAL

O estudo de Rodrigues (1989), já mencionado na introdução do Capítulo V - Discussão, identificou como sendo necessidades básicas de pacientes ostomizados as de ordem

¹⁶ Nota: Ao dizer “*cara*”, Lucio refere-se a um colega de trabalho que também estava tomando café da manhã nessa padaria. A “*moça*” refere-se à esposa de Lucio, que o acompanhava nesse momento.

psicobiológica (alimentação, descanso, eliminação intestinal, entre outras) e psicossocial (segurança emocional, autoimagem, lazer, sexualidade e afins).

Freud (1914/1995) já discorria sobre a questão do corpo e do funcionamento psíquico que, segundo a Psicanálise, opera de uma forma específica e diferente do instinto presente nos animais (que simplesmente agem segundo necessidades fisiológicas). O homem carrega em si uma necessidade de satisfação que acompanha o sujeito desde a mais tenra idade.

A questão do corpo para o paciente com câncer torna-se algo marcante: o corpo é “invadido” pela doença; médicos e enfermeiros apropriam-se do corpo do doente por meio de exames e tratamentos invasivos, na tentativa de vencer a doença. Essa dinâmica deixa o paciente numa posição *alheia ao próprio corpo*.

Terminado o tratamento, permanece uma ferida narcísica fisicamente aparente: a colostomia. Nesse momento, ocorre um luto pelas perdas que se darão a partir de então: o corpo saudável é perdido, assim como trabalho, convivência social e autoestima, culminando, por fim, naquela que talvez se configure como a maior perda de todas: o apoio conjugal.

Quando algum objeto amado é perdido, é desencadeado o processo de luto. A libido antes investida nesse objeto tem de retornar ao Ego, para que seja elaborada e, então, reinvestida em outro objeto (Freud, 1914/1995). Quando esse luto não é elaborado de forma correta, o investimento no objeto perdido persiste, causando grande sofrimento ao indivíduo. Os entrevistados ainda não conseguiram elaborar o luto pelas perdas advindas do câncer e da cirurgia.

No caso dos dois entrevistados, a autoimagem foi severamente comprometida, na medida em que não conseguem reconhecer-se em seus próprios corpos que, após a cirurgia, percebem como mutilados; com a autoimagem prejudicada e o afastamento dos parceiros, a autoestima também foi comprometida. As interações com o meio ambiente foram, dessa forma, ficando cada vez mais restritas.

Os desenhos da árvore, segundo Buck (2009, p. 50), parecem trazer à tona aspectos mais inconscientes, bem como “a experiência de equilíbrio sentida pelo indivíduo e da visão de seus recursos de personalidade para obter satisfação no e do seu ambiente”. Essa dificuldade e falta de recursos internos para lidar com o meio ambiente foram percebidas nos dois casos.

Nos desenhos dos dois sujeitos, a transparência observada na raiz indica falha no contato com a realidade. Lucio desenhou uma árvore considerada pequena para o tamanho da folha, remetendo a sentimento de inadequação para lidar com o ambiente. A árvore de Fernanda é semelhante à figura de uma pessoa chorando, conforme ela própria afirma, indiretamente

contando um pouco de sua própria história: “*essa árvore só é boa porque tem frutos. Mas está chorando*”. Indiretamente, Fernanda diz que sua vida só vale a pena pela existência de sua filha. Apesar disso, está triste e *chorando*.

No caso de Lucio, observou-se um afastamento inicial da esposa, que deixou a maior parte dos cuidados de que ele necessitava a cargo de sua mãe, que veio do Nordeste para acompanhá-lo. Fernanda, em contrapartida, não possuía parentes próximos nem recebeu apoio algum de seu companheiro; apenas sua filha a acompanhava no tratamento e oferecia apoio afetivo e financeiro à mãe.

Os entrevistados relataram acreditar que seus companheiros não sabiam sobre a extensão da cirurgia e que isso, de algum modo, pode tê-los deixado assustados. Apesar disso, relatam a tristeza que sentiram por não terem recebido o apoio e suporte que esperavam de seus companheiros.

Lucio - *Ela sabia da operação, mas acho que ela não sabia o jeito da bolsa, isso eu acho que ela não sabia.*

Entrevistadora - *E vocês conversaram sobre isso?*

Lucio - *Não, nunca falamos sobre isso. Nunca paramos para conversar disso aí.*

Entrevistadora - *E por qual razão você acha que nunca conversaram sobre isso?*

Lucio - *Sobre a bolsa?*

Entrevistadora - *Também. Sobre a bolsa, sobre você, sobre o que vocês estavam sentindo...*

Lucio - *É porque eu acho que ela nunca perguntou se eu estou bem, se estou sentindo alguma coisa.... eu queria que ela perguntasse.*

Freud (1914/1995) asseverava que o ser humano cria sua autoimagem na interação com o meio ambiente, cabendo à mãe dar ao bebê o seu lugar, de modo que a imagem do próprio corpo é o resultado dessa construção criança-ambiente. Nessa perspectiva, a autoimagem pode ser considerada em seu aspecto dinâmico com o meio ambiente. Por essa razão, a não aceitação social dificulta esse processo, na medida em que contribui para que o sujeito não aceite sua nova condição corporal. Com a mudança física ocasionada pela colostomia, faz-se necessária uma adaptação à nova imagem corporal.

Com Fernanda, a situação foi ainda mais grave: o marido não se envolveu em momento algum e jamais conversaram sobre o tema. Além disso, ele preferiu não acompanhar seu tratamento e passou a dormir separado dela assim que ela teve alta do hospital, após ter sido submetida à colostomia. Recebeu apenas a visita de sua filha enquanto estava internada.

Fernanda - *Precisava de um acompanhante e chamaram esse sujeito aí que mora comigo. Ele até veio, ouviu a enfermeira. Não disse nada, foi embora para casa. E nunca falamos sobre isso nem ele nunca me ajudou.*

Fernanda concluiu que o marido está esperando ela realizar a cirurgia de reversão para que, depois, ele sintasse livre para sair de casa. Apesar disso, em alguns momentos cogita a possibilidade de que ele queira retomar a relação assim que ela não estiver mais usando a bolsa coletora. A esse respeito, diz:

“Na hora em que eu mais precisei ele não me ajudou [chora bastante nesse momento]. É uma hora que você precisa muito de apoio. Por isso que eu falo para você, se não fosse o amor da minha menina, eu não sei se aguentaria sozinha.”

No caso de Fernanda, praticamente a relação já não existe mais, em nenhum aspecto. No que se refere a Lucio, entretanto, a situação é mais velada: o casal permanece junto, teoricamente mantém uma vida sexual (que, na prática, acaba não acontecendo), embora estejam afetivamente distantes desde que o paciente foi operado.

Tanto no caso de Fernanda como de Lucio é relatada uma situação de grande sofrimento acompanhado de sentimento de abandono e desprezo por parte de seus respectivos companheiros. Ambos ficam muito entristecidos ao falar sobre essa questão, sendo este um momento marcado por muita emoção durante a entrevista.

Tal sofrimento vai de encontro a pesquisas realizadas na área e que apontam a importância do apoio familiar. Estudos demonstram o fundamental papel da família nesse momento, tais como a pesquisa realizada na Polônia (2014). Leyk et al (2014) aplicaram o Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (HRQOL) em 128 pacientes colostomizados, em 8 diferentes cidades do país. Os resultados apontaram que pacientes com colostomia definitiva e maiores níveis de apoio social familiar apresentaram maior qualidade de vida de acordo com as respostas dadas no HRQOL, se comparadas àquelas com menores níveis de apoio social. Além disso, o estudo apontou que, quanto maior o tempo transcorrido desde a cirurgia, maior a influência do apoio social que recebem, evidenciado um efeito positivo entre essas duas variáveis.

5.4 SUJEIRA VINDO À TONA: O SIMBOLISMO DA COLOSTOMIA

Evidentemente, descobrir-se com uma doença séria como o câncer pode desencadear diversos sentimentos negativos, tais como ansiedade e depressão, entre outros (López & Ruiz, 2011). LeShan (1992), em seu livro, atenta para o fato de o câncer, em alguns pacientes, representar um *ponto de mutação*, a partir do qual passam a manifestar sentimentos, realizar atividades e permitirem-se mudanças que antes não eram sequer imaginadas num nível consciente.

A partir do pensamento levantado por LeShan (1992), é possível pensar que algumas questões permanecem no nível inconsciente e ficam latentes até que um acontecimento marcante, como por exemplo, a descoberta de uma doença, permita que essas questões emergam. Foi observada essa dinâmica tanto em Lucio como em Fernanda: algumas questões importantes já existiam, porém, apenas vieram à tona depois da doença e da colostomia.

Os dois participantes viviam em regime de união estável quando descobriram a doença e, conscientemente, acreditavam que tudo correria bem com seus relacionamentos conjugais. Mudanças contundentes, entretanto, ocorreram após a cirurgia, impactando diretamente a vivência da sexualidade com seus respectivos parceiros. A partir de então, alguns aspectos psicodinâmicos em comum puderam ser observados nos dois casos.

Inicialmente, tanto Lucio como Fernanda afirmavam que viviam uma relação harmoniosa e que se sentiam muito seguros e satisfeitos com seus relacionamentos. Algumas das frases ditas por eles ilustravam o pensamento de ambos a esse respeito:

Lucio - *Antes a gente conversava mais, antes era normal, a gente vivia bem.*

Fernanda - *Era muito bom, mas depois mudou [...]. Depois que ele descobriu que eu estava com câncer, ele mudou completamente.*

Entretanto, mais adiante na entrevista, aos poucos, ambos começaram a relatar que viviam alguns problemas em seus relacionamentos. Esses problemas estavam relacionados a questões importantes que se encontravam latentes, mas que somente vieram à tona após a cirurgia. A colostomia surgiu, então, como a culpada por todos os problemas no relacionamento. Os entrevistados acreditam que, se não fosse a cirurgia, tudo estaria bem entre o casal.

Fernanda, por exemplo, quando da descoberta da doença, vivia em uma união estável havia quase 20 anos. José, entretanto, nunca se divorciou de sua primeira esposa e, por isso, morava junto com Fernanda sem terem casado oficialmente. O casamento oficial de José

outorga alguns direitos legais à esposa, dentre os quais, convênio de saúde familiar. Fernanda contou que já havia conversado com José acerca da questão de ele não querer se divorciar, mas ficou aborrecida somente quando descobriu que a primeira esposa de José ainda usufruía de seu convênio médico particular.

É como se o problema principal fosse apenas a questão do convênio médico e não propriamente o fato de José negar-se a se divorciar da ex-mulher. Se antes, Fernanda não se sentia autorizada a cobrar um posicionamento do marido para não parecer ciumenta, a partir da doença, pôde passar a utilizar isso a seu favor: José precisa se divorciar da ex-esposa e casar-se com Fernanda, para que ela pudesse ser dependente e usufruir de seu convênio médico. Em suas palavras:

“Nesses 20 anos ele nunca se separou e a mulher dele ainda mora dentro da própria casa dele. Eles ainda são legalmente casados. Isso me machuca até hoje se você perguntar para mim como eu me sinto, não tem jeito. Como uma pessoa vive 20 anos com outra assim? No final a gente já estava acabando era brigando quando eu ia falar alguma coisa... Nessa época que eu adoeci, eu vim descobrir que ele paga convênio médico ainda para ele e para a ex-mulher [...]”.

Evidentemente, a questão de a ex-esposa ainda ser dependente do convênio médico é algo desagradável para Fernanda. No entanto, deve ser pontuado que, continuar legalmente casado com a ex-mulher, já se configurava como um ponto de discordância entre o casal. A doença de Fernanda apenas acentuou uma questão importante para o casal: os motivos pelos quais José negava-se a se divorciar para casar com Fernanda e os impactos dessa decisão.

No que se refere a Lucio, ele descreve Maria como alguém com atitudes mais intempestivas. Ela sempre foi uma pessoa mais ríspida nas ocasiões em que o casal precisava discutir alguma questão. Contudo, essa característica era contornável, na medida em que outros aspectos da vida do casal estavam bem (tal como o relacionamento sexual entre eles, por exemplo). Toda a dinâmica trazida pela doença provocou um quadro de ansiedade considerável em Lucio, que esperava que a esposa não apenas compreendesse a situação como também o ajudasse nesse processo. Ele pontua: *“Ela também nunca perguntou se estou bem, se eu estou sentindo alguma coisa”.*

Após a cirurgia, a convivência passou a ficar cada vez mais complicada. Isso porque Maria também apresentou alguns problemas de saúde e parou de trabalhar fora. Passou a trabalhar em casa e, Lucio, aposentado e evitando frequentar locais públicos, também passou a ficar grande parte do dia em casa. Essa dinâmica fez com que o casal passasse mais tempo junto,

no entanto, a vida conjugal passou a ser sem diálogo, sem vida sexual ativa e sem perspectivas de mudar essa situação para melhor.

Se, por um lado, Maria é ríspida, por outro lado, Lucio é uma pessoa muito passiva, de maneira que essa combinação tem como consequência o distanciamento do casal. Maria não pergunta como Lucio se sente, tampouco ele tem a proatividade para dizer quais atitudes espera dela. Importante ressaltar, entretanto, que Lucio não se tornou passivo após a doença; ao contrário, essa já era uma característica sua. A esposa sempre foi a mais ativa na relação conjugal, sendo a responsável por diversas decisões no relacionamento. Porém, esse fato só passou a se configurar como um problema depois da colostomia.

Lucio - *Então eu estou achando meio complicado isso daí [...] eu também não quero perguntar se é por causa disso [por conta da cirurgia] ou não porque eu acho que ela tem de se abrir né?! Ela não se abre, ela não fala.*

Nas palavras de Almeida (2009, p. 76), “para a psicologia psicanalítica símbolo é a imagem que traduz as tendências inconscientes”. A partir do momento em que descobrem o câncer e são submetidos à colostomia, é como se toda a *sujeira*, simbolicamente falando, viesse à tona e assuntos não resolvidos no relacionamento passassem a ter um peso ainda maior. Os entrevistados autorizam-se a colocar em cheque questões que lhes são desagradáveis.

Diante desse cenário, a colostomia acaba surgindo como a maior *vilã*, sendo a grande culpada por coisas ruins que, na realidade, já existiam previamente na relação de cada um dos entrevistados.

Lucio - *Depois [da cirurgia] mudou totalmente.*

Fernanda – *Ah, antes era muito bom, mas depois mudou. Depois que ele descobriu que eu estava com câncer ele mudou completamente.*

Entrevistadora - *Depois do câncer?*

Entrevistadora - *Depois da cirurgia.*

5.5 É O FIM? ISOLAMENTO E DERROCADA DA VIDA SEXUAL

Partindo da afirmação freudiana de que o ego é corporal (Freud, 1923/1996), entende-se que uma doença que afete o sujeito, inevitavelmente, atingirá também o seu Ego. Como consequência das experiências vivenciadas após a doença, podem ser enumerados alguns

tópicos que diretamente influenciaram o declínio da vida sexual tanto de Fernanda como de Lucio, quais sejam:

- Autoimagem e autoestima severamente prejudicadas;
- Luto não elaborado pelas perdas ocasionadas pela doença;
- Emergência de problemas latentes no relacionamento conjugal;
- Distanciamento dos parceiros;
- Isolamento e sentimento de vergonha pelo uso da bolsa coletora;
- Dificuldade para entrar em contato com os próprios sentimentos, especialmente os negativos (no caso de Fernanda)
- Sintomas depressivos e/ou ansiosos;
- Dificuldade de enfrentamento da realidade (no caso de Lucio).

Almeida (2009), pautando-se nos escritos de Freud (1926), ressalta que quando o Ego não consegue resolver algum conflito, descarregando ou dominando estímulos, ocorre uma situação traumática. Por ser menos desenvolvido, o Ego não consegue resolver essa situação, o que, por conseguinte, agrava o quadro e culmina num ciclo vicioso que é preciso interromper. Esse quadro ocorre especialmente na situação de Lucio, que se vê preso numa situação de sofrimento para a qual não consegue vislumbrar uma saída.

As diversas dificuldades relatadas pelos entrevistados podem ser ilustrada por estudos como o realizado por Batista, Rocha, Silva e Silva Júnior (2001). Após analisarem qual a percepção que pacientes colostomizados de forma definitiva tinham a respeito do uso da bolsa coletora, concluíram que emergem, nesses casos, sentimentos conflituosos, preocupação e dificuldade de adaptação. Além disso, os pesquisadores concluíram que duas áreas fundamentalmente comprometidas nessa população estão relacionadas à manutenção da rede social (trabalho e lazer) e sexualidade.

Confusos com todo esse contexto, os entrevistados não se sentem seguros o suficiente para vivenciar sua sexualidade de maneira plena. Além disso, seus próprios companheiros não oferecem abertura para que o sexo tenha espaço na relação. Diferenças nos relacionamentos de cada um determinaram, também, a questão da sexualidade no pós-cirúrgico em cada caso.

Segundo Buck, a expressão direta da imagem corporal pode ser associada ao desenho da figura humana. Nas palavras do autor (2009, p. 57):

a qualidade do desenho reflete a capacidade do indivíduo para atuar em relacionamentos e para submeter o *self* e as relações interpessoais à avaliação crítica objetiva [...]. Áreas adicionais de interpretação para o desenho da pessoa podem se referir ao conceito do indivíduo de seu papel e atitude sexuais em relação a um relacionamento interpessoal específico ou a relacionamentos interpessoais em geral.

O primeiro desenho da figura humana desenhado por Lucio foi feito de maneira bastante primitiva, com uma figura palito. Importante ressaltar que foi desenhada uma linha entre os membros inferiores da figura. Quando perguntado a Lucio o que significava, começou a rir e, constrangido, respondeu: “*é, parece um... parece mesmo que eu desenhei um pênis, não foi?*”. Após essa resposta, foi lhe perguntado: “*E porque você acredita que desenhou um pênis?*”, ao que respondeu: “*ixi, sei não... será que é porque eu não namoro mais?*”.

Alguns elementos desenhados pelo entrevistado podem ser considerados como bizarros, tais como mãos e pés da figura humana masculina. Nos desenhos da figura humana, o sol é desenhado próximo ao solo que, por sua vez, fica bem distante da pessoa desenhada. Assim como a colostomia em sua vida, o sol fica fora de contexto, como algo que não tem sentido e que, embora existindo, fica *perdido* em meio a outras informações.

Embora com dificuldades sérias, o relacionamento de Lucio com Maria permaneceu existindo. Continuam vivendo em uma união estável, embora distantes. Não há nada, em teoria, que os impeça de viverem uma vida sexualmente ativa. Apesar disso, Lucio descreve as relações após a cirurgia como “*complicadas e, às vezes, sem graça*”. O entrevistado contou que um de seus maiores receios era ficar sexualmente impotente, por isso, quis tentar uma relação sexual tão logo o médico o havia liberado.

Esse foi um momento traumático na experiência de Lucio; a reação de Maria o deixou surpreso e entristecido. Ela considerou absurda a ideia de Lucio e negou-se veementemente a fazer sexo com ele. No HTP, Maria foi desenhada com mãos e pés pontiagudos, o que é indicativo de hostilidade. Respondendo ao inquérito, enquanto falava sobre o desenho do sol, comenta “*mesmo com o sol brilhando, ela sempre está reclamando*”. Contando sobre Maria, Lucio diz:

Lucio - *Quando eu operei, o médico falou: ‘você vai ficar impotente’. Me explicou que eu poderia usar uma bombinha quando quisesse transar, mas não sei direito. Quando eu operei, na mesma semana, eu já fiquei com aquilo no pensamento: ‘será que eu vou ficar impotente? E se eu ficar impotente mesmo?’*

Entrevistadora - *O médico te deu certeza de que ficaria impotente?*

Lucio - *Não, ele disse que não era certeza. Disse que talvez eu poderia ficar e talvez não. Aí logo que deu eu fiquei perturbando, chamando ela (Maria). Ela começava a gritar, falando: ‘o que é que você quer desse jeito, com 15 dias de operado?’.* Depois de umas três semanas tentando e ela sem querer nada, daí eu já parei...

Lucio conta com bastante mágoa uma das tentativas que teve em abordar essa questão com Maria:

“Eu nunca perguntei nada para ela sobre isso. Mas ela diz: ‘eu não quero’ e eu pergunto porque não?! E ela responde: ‘porque não estou com vontade’. Eu já até falei para ela que acho isso ruim e ela disse: ‘ah, então vá procurar na rua para ver se alguém quer’.

Respondendo ao inquérito sobre a figura do sexo masculino, Lucio consegue ilustrar sua condição de paralisia frente aos acontecimentos, bem como sua tristeza:

Entrevistadora (Pergunta nº 50 do inquérito) - *O que ele está fazendo? Onde está fazendo isso?*

Lucio - *Ele está parado com a cabeça totalmente vazia.*

Entrevistadora (Pergunta nº 51 do inquérito) - *Em que ele está pensando?*

Lucio - *Em nada. Ele não consegue sentir nada.*

Entrevistadora (Pergunta nº 52 do inquérito) - *Como ele se sente?*

Lucio - *Ele está triste.*

Entrevistadora (Complemento da pergunta nº 52 do inquérito) - *Porque?*

Lucio - *Porque está doente. Ele está triste, mas está sorrindo, então, ele parece feliz.*

De modo não tão direto, Fernanda também sofreu (e ainda sofre) com a rejeição de José. Desde que recebeu alta, o marido passou a evitá-la, inclusive negando ajudá-la nos cuidados com a bolsa ou em algumas atividades do cotidiano da casa. Embora o apoio recebido por parte da filha tenha sido de fundamental importância, Fernanda não nega a decepção que experimentou com relação a José: esperava que ele lhe desse o suporte necessário e que fosse companheiro nesse momento tão difícil. Ao contrário, as reações de seu companheiro a deixaram espantada.

“Quando fui internada, chamaram o sujeito, esse sujeito aí. Chamaram ele para olhar, para ver como iriam ser as trocas de bolsa, sabe? Bom, nos primeiros dias, a minha menina me ajudou muito para me trocar [...], mas não teve conversa nenhuma. É uma mágoa muito grande porque a gente era pau para toda obra, sabe, era muito bom. Mas na hora que eu mais precisei... [chora bastante]. Ele deixou a desejar em tudo. Eu não tenho uma explicação boa, ele deixou a desejar em tudo. Ele hoje dorme no chão e eu na minha cama...”

Ao desenhar a figura do sexo oposto, Fernanda conta que lembrou de José. Não quis desenhar nenhum sol e disse: *“na figura dele o sol não brilha, porque ele é uma pessoa fria”*. Interessante observar que as mãos não foram desenhadas por Fernanda em nenhuma das duas

figuras. Segundo Buck (2009), essa omissão está relacionada a sentimentos de inadequação e pouco controle para realizar mudanças no ambiente.

Quando o marido resolveu que não dividiria mais a mesma cama com Fernanda, esta não teve coragem de lhe dirigir a palavra e questioná-lo sobre aquela atitude. Surpresa, optou por respeitar a vontade do companheiro, de maneira que eles nunca mais tocaram nesse assunto. Pararam de conversar e atualmente falam apenas o estritamente necessário.

Os distanciamentos, entre os membros dos casais, ocorreram de maneiras distintas. No caso de Lucio, parece ter se dado de modo muito mais sutil, com a esposa afastando-se de forma gradativa e ao mesmo tempo em que Lucio também se isolava. Já no caso de Fernanda, o afastamento, ao contrário, não foi nada sutil: o casal rompeu relações abruptamente. O isolamento de Fernanda, nesse caso, representou muito mais um reflexo do comportamento de seu companheiro.

Esse processo de isolamento do sujeito acometido por alguma doença pode ser ilustrado pelas palavras de Castro-Arantes e Ferreira (2014, p. 49):

Nas doenças orgânicas, o sofrimento advindo do corpo pode ter como efeito certo recolhimento do sujeito, assim, a partir da dor, o eu não consegue engrajar-se por nenhuma outra forma de distração diferente de seu mal estar orgânico. Dito de outra forma, a libido retorna para o eu em função de um esvaziamento da libido objetal: o mundo perde sua graça e o eu concentra sua libido no corpo.

Num momento tão delicado como o do descobrimento de uma doença, o apoio externo torna-se fundamental, especialmente por se tratar de um momento em que, naturalmente, as forças do indivíduo doente estarão fundamentalmente voltadas para si próprio.

A falta de diálogo também representou um ponto comum nos dois casos. Os casais, sem muitas informações e sem espaço para debater com profissionais o tema da sexualidade e questões conjugais, ficaram totalmente à mercê de suas fantasias inconscientes relacionadas à colostomia e aos medos e tabus a ela concernentes.

É importante ressaltar, entretanto, uma diferença importante: a aceitação da esposa de Lucio parece ter sido melhor do que a do companheiro de Fernanda. No primeiro caso, o casal ainda mantém um relacionamento entre si, embora estremecido por ocasião da doença e da colostomia. Já no caso de Fernanda, a ruptura foi mais incisiva e o casal sequer conversa.

Diante de tantas mudanças e adaptações, percebe-se que a vida sexual ficou sem nenhum espaço na relação dos casais. Sem intimidade, diálogo, cumplicidade e apoio, a relação afetiva foi sendo desfeita, culminando na extinção da vida sexual entre Fernanda e o companheiro. Lucio e a companheira ainda se sentem casados e chegaram a se relacionar sexualmente

algumas vezes após a cirurgia, porém, segundo relato de Lucio, de uma forma mais mecânica, sem grande envolvimento afetivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da sexualidade em sobreviventes de câncer colorretal que se submeteram à colostomia é ainda pouco estudada pela Psicologia. Neste sentido, os estudos de caso instrumentais apresentados no presente trabalho poderão servir de base e direcionamento para futuras pesquisas na área. Foi possível compreender, pela análise das entrevistas, testes psicológicos HTP e intervenção psicoterápica (*follow-up*), o modo como questões psicodinâmicas individuais podem influenciar a experiência sexualidade. Algumas dessas questões dizem respeito a:

- História pessoal;
- Aspectos de personalidade;
- Prejuízos na autoestima e autoimagem corporal;
- Luto ainda não elaborado pela perda do corpo perfeito;
- Isolamento social;
- Relacionamento conjugal anterior à doença e à cirurgia;
- Apoio familiar e conjugal;
- Interrupção de planos de vida;
- Formas de enfrentamento das mudanças ocasionadas pela cirurgia.

Além das questões psicodinâmicas encontradas, os relatos de Lucio e Fernanda ilustraram um retrato das dificuldades enfrentadas, no Brasil, por parte dos que precisam de atendimento no sistema público de saúde. Inseridos num país em que esses serviços ainda são insuficientes para atender de forma eficiente à demanda, Lucio e Fernanda demoram muito tempo para receberem um diagnóstico correto. Conforme já descreveu Campos (2010), alguns pacientes, após receberem o diagnóstico, podem ter de aguardar muito tempo por consultas e exames na rede pública de atendimento.

Quando Lucio e Fernanda finalmente iniciaram o tratamento, já se encontravam física e psicologicamente desgastados, o que impactou negativamente a qualidade de vida de ambos. Com muitas dúvidas, tanto os entrevistados como seus respectivos companheiros não tiveram a oportunidade de saná-las, seja pela falta de espaço oferecido no hospital onde foram operados, seja por não se sentirem à vontade para realizar questionamentos acerca de questões tão íntimas e doloridas (o que ocorreu com Lucio especificamente sobre a temática da sexualidade).

Uma vez em tratamento, é preciso que não apenas a patologia seja observada: os aspectos psicológicos dos pacientes também devem ser considerados, tendo em vista que as pesquisas no campo da Psico-oncologia demonstram a influência desses aspectos na qualidade de vida dos doentes (Gimenes, 1994). Não basta aumentar a sobrevida; para além disso, é preciso auxiliar o paciente na elaboração e aceitação das mudanças físicas advindas da colostomia.

Os entrevistados relataram nunca terem sido encaminhados para avaliação psiquiátrica ou psicológica. Quando lhes foi oferecida essa possibilidade, ambos aceitaram prontamente, reconhecendo a importância de poderem falar sobre suas inseguranças, medos e angústias. Ficou ainda mais evidente a aversão à bolsa coletora, e também a culpa que lhe é atribuída por todos os problemas que os pacientes encontram em seus relacionamentos. Na concepção dos entrevistados, a colostomia é a culpada pelas dificuldades encontradas na convivência com seus parceiros. Ambos acreditam que, se não fosse pela cirurgia, estariam vivendo bem em seus relacionamentos afetivos.

Sabe-se que na atualidade, existe uma cobrança incessante pela beleza e perfeição. A sociedade apregoa modelos de vida (inclusive estéticos) que devem ser seguidos para que os sujeitos possam ser valorizados e, dessa forma, felizes. França (2005) destaca a influência que a cultura exerce sobre a questão da sexualidade; discorre sobre a pressão para que todos se satisfaçam sexualmente e comenta que isso acaba por influenciar o sentimento experienciado por aquelas pessoas que não conseguem viver de forma plena sua sexualidade. Considerando tais questões, é possível concluir que tornar-se portador de uma colostomia, seja ela temporária ou definitiva, é algo que atingiu de modo certo a autoestima e autoaceitação de Lucio e Fernanda.

A colostomia emergiu, então, como algo que inviabiliza outros planos. Frequentar locais públicos, usar roupas mais justas, trabalhar e alimentar-se como antes já não é algo possível para esses pacientes. Por se sentirem constrangidos caso pessoas descubram que usam a bolsa coletora, preferem manter-se num ambiente que lhes seja seguro, passando a ficar em suas casas a maior parte do tempo.

No caso de Fernanda, cuja colostomia era temporária, ainda restava uma esperança sobre um futuro melhor. Acreditava que voltaria a ser feliz assim que fizesse a cirurgia de reversão. Lucio, entretanto, não possuía nenhuma esperança de um futuro melhor, tendo em vista que sua colostomia é definitiva. Passa, então, a idealizar seu passado, época em que era feliz.

Além dessas dificuldades, queda na autoestima e autoimagem corporal prejudicada, o luto ainda não elaborado pela perda do corpo antigo, entre outros, contribuiu para o isolamento gradativo dos pacientes, o que influenciou os distanciamentos entre os entrevistados e seus respectivos parceiros. A convivência foi sendo desgastada, de modo que a vida sexual perdeu, assim, seu sentido e decaiu drasticamente no caso de Lucio e, no caso de Fernanda, totalmente.

A companheira de Lucio buscou, por conta própria, ajuda psicológica. O companheiro de Fernanda, porém, simplesmente se afastou dela, possivelmente por não saber como lidar com a situação. Por não saberem como abordar o tema da sexualidade e da colostomia, os casais passaram a negar essa questão, optando por não falar sobre o assunto. Por conta do constrangimento, os pacientes também não abordavam esse tema nas consultas e, assim, a sexualidade após a colostomia consolidou-se como um tabu.

Os dois casos estudados nessa pesquisa demonstram a importância de que os pacientes nessas condições tenham indicação de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. Lucio, por exemplo, sentiu-se surpreso quando encontrou grupos e pessoas que compartilhavam das mesmas dificuldades e dúvidas após a colostomia e pôde refletir sobre outras possibilidades de continuar vivendo, apesar das dificuldades que a cirurgia lhe impôs.

Pesquisas já demonstraram que os cuidadores sofrem tanto quanto os próprios doentes e também possuem muitas angústias, medos e outros sentimentos negativos, por se sentirem impotentes frente à doença (Oliveira & Sommerman, 2008). Os resultados da pesquisa aqui apresentada indicaram, claramente, a importância de acompanhamento psicológico tanto para os pacientes como para seus companheiros.

Conforme pôde ser observado pela análise dos casos de Fernanda e Lucio, a aceitação e adaptação ao uso da bolsa são fundamentais para que os pacientes possam viver da maneira mais plena possível nas esferas social, laboral e conjugal – inclusive se permitindo experimentar a própria sexualidade. Ao longo das sessões psicoterápicas, Lucio conseguiu desmistificar a questão do uso da bolsa, conscientizando-se de que, com algumas adaptações, poderia levar uma vida “normal”.

Com vivências e expectativas diferentes de Lucio, Fernanda resume seu sentimento em relação a bolsa e ao processo pelo qual passou desde a descoberta da doença, reconhecendo que, apesar das dificuldades que a cirurgia ocasionou, foi ela que lhe possibilitou continuar vivendo. Nesse sentido, sintetiza: *“Precisava ser assim? Não sei... O que sei é que foi a bolsa que me deixou viva e sou muito grata a vida por isso”*.

REFERÊNCIAS*

- Almeida, N. V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5(1), 34-39.
- Almeida, S. S. L., Rezende, A. M., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2010). Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 761-769.
- Almeida, W. C. (2009). *Defesas do ego: Leitura Didática de Seus Mecanismos*. 3a ed. São Paulo: Ágora.
- Almico, T., & Faro, A. (2014). Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3), 723-737.
- Angerami, V. A. (Org.). (2002). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Anzieu, D. (1978). *Métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41(4), 668-674.
- Associação Brasileira de Ostomizados. (n.d.). Ostomia - A Cirurgia da Vida. Recuperado de <http://www.abraso.org.br/ostomias.html>.
- Barreto, A. P. C. P., & Valença, M. P. (2013). A sexualidade do paciente estomizado: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(esp), 4935-4943.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo de saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Batista, M. R. F. F., Rocha, F. C. V., Silva, D. M. G., & Silva Júnior, F. J. G. (2011). Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1043-1047.
- Bearzotti, P. (1994). Sexualidade: um conceito psicanalítico freudiano. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 52(1), 113-117.
- Bleger, J. (2003). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2001). *Psicologias: Uma introdução ao estudo da Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Buck, J. (2009). *Casa, árvore, pessoa. Técnica projetiva de desenho*. Guia de interpretação. Livro vol. 1. São Paulo: Vetor.

* De acordo com estilo APA – American Psychological Association.

- Camargo, M. A. G. F. (2005). *Aspectos da personalidade associados ao tratamento do câncer do reto baixo: abordagem psicodinâmica* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Campos, E. M. P. (2010). *A Psico-oncologia: uma nova visão do câncer - uma trajetória* (Tese de Livre Docência). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Carlioni, P. (2011). A história e a constituição da Psicanálise: introdução aos principais conceitos freudianos para entender a subjetividade humana. *Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia*, 1(1), 1-12.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Castro-Arantes, J. M., & Ferreira, D. M. (2014). Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica Revista de Psicanálise*, 3(5), 37-71.
- Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo Informação*, 17(17), 87-105.
- Coelho, F. R. G. (1998). O Controle do Câncer. In M. M. Brentani, F. R. G. Coelho, H. Iyeyasu, & L. P. Kowalski (Orgs.). *Bases da Oncologia* (pp.1-22). São Paulo: Lemar.
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida do enfermo oncológico? Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 195-208). São Paulo: Summus.
- Doll R., & Peto R. (1981). The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today. *Journal of the National Cancer Institute*, 66(6), 1191-1308.
- Evangelista, J. C. (2008). Câncer gastrointestinal. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 619-633). São Paulo: Summus.
- Figueiredo, M. G. M. C. A. (2008). Cuidados Paliativos. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 382-387). São Paulo: Summus.
- Fleury, S. (2011). Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicologia e Sociedade*, 23, 45-52.
- Fontanella, B. J. B, Campos, C. J. G., & Turato, E. G. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Fortes, R. C., Monteiro, T. M. R. C., & Kimura, C. A. (2012). Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. *J. Coloproctol*, 32(3), 253-259.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-43.

- França, C. P. (2005). *Disfunções sexuais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freitas, M. R. I., & Pelá, N. T. R. (2000). Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8(5), 28-33.
- Freud, S. (2006). A interpretação dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. V). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996). Um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). O Ego e o Id, e outros trabalhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1923).
- Garcia-Roza, L. A. (1936/2001). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1936).
- Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4a ed. São Paulo: Atlas.
- Gimenes, M. G. G. (1994). O que é Psiconcologia: definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. M. J. Carvalho (Org.). *Introdução à Psiconcologia* (pp. 35-56). Campinas: Editorial Psy.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicação clínica nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hanns, L. A. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Holland, J. C. (1990). Historical Overview. In J. C. Holland, & J. W. Rowland (Orgs.), *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 3-12). Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Honda, H. (2013). O estatuto conceitual do inconsciente em Freud e algumas de suas implicações para a prática psicanalítica. *Ágora*, XVI(especial), 41-57.
- Instituto Oncoguia (2015). Especial Qualidade de Vida. Recuperado de <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sexualidade/3423/5/>.

- Jacobsen, P., & Holland, J. C. (1990). Psychological reactions to câncer surgery. In J. C. Holland, & J. W. Rowland (Orgs.), *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer* (pp. 117-133). Oxford University Press.
- Kligerman, J. (1999). Qualidade de vida e câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(2), editorial.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo. Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2016). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo Martins Fontes.
- LeShan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. Summus Editorial.
- Leyk, M., Ksiazek, J., Habel, A., Dobosz, M., Kruk, A., & Terech, S. (2014). The influence of social support from the Family on health-related quality of life in persons with a colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 581-588.
- López, C. A. C., & Ruiz, V. A. C. (2011). Repercussão emocional do diagnóstico de câncer digestivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(2), 298-303.
- Macieira, R. C., & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e câncer. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 303-315). São Paulo: Summus.
- Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72.
- Maruyama, A. T., & Zago, M. M. F. (2005). O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(2), 216-222.
- Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.
- Ministério da Saúde. (2015). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa, 2016. Recuperado de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (1979/1981). A entrevista inicial. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, M. Felzenszwalb, & E. G. Piccolo (Orgs.), *O processo psico-diagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad., pp. 23-43). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1979).
- Oliveira, E. B. S., Sommerman, R. D. G. (2008). A família hospitalizada. In B. W. Romano (Org.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 41-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, L. L., & Fontenele, L. (2009). Psicanálise e psico-oncologia: considerações a partir da escuta de homens penectomizados por câncer. *Reverso*, 31(57), 63-69.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 209-217). São Paulo: Summus.

- Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.
- Pinto, K. K. O., & Spiri, W. C. (2008). A percepção de enfermeiros sobre o cuidar de pacientes com problemas físicos que interferem na autoimagem: uma imagem fenomenológica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(3).
- Porto, M. D., & Facioli, A. (2010). *Psicanálise: da sexualidade à vida social*. Curitiba: Editora CRV.
- Rodrigues, C. M. (1989). Colostomia: relato de experiência vivenciada por clientes colostomizados após a hospitalização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 42(1-2-3-4), 53-59.
- Rodrigues, S. C., Matos, S. S., Ferraz, A. F., Donosco, M. T. V., Borges, E. L., Siqueira, S. M. F., ... & Paula, D. M. (2016). Pós-operatório de pacientes com câncer colorretal estomizados: uma análise compreensiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico*, 21(2), 90-96.
- Rolland, J. S. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, M. Mc Goldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia* (pp. 373-391). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schilder, P. A. (1994). *Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*, 13(2), 231-237.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. L. (1987). Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. (6a. ed.). São Paulo, SP: Summus.
- Skowronsky, S. B. (n.d). Biografias. Sigmund Freud. Federação Brasileira de Psicanálise. Recuperado de <http://febrapsi.org.br/biografias/sigmund-freud/#>
- Sociedade Brasileira de Cancerologia (2017). Dia Mundial do Câncer – Prevenção do câncer: alimentação tem papel fundamental. Recuperado de <http://www.sbcancer.org.br/dia-mundia-do-cancer-prevencao-do-cancer-alimentacao-tem-papel-fundamental/>.
- Sonobe, H. M, Barichello, E., & Zago, M. M. F. (2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 341-348.
- Stake. R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.
- Staliano, P., & Araújo, T. C. C. F. (2009). Estudos e pesquisas em Psico-oncologia: levantamento realizado no portal PePSIC. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(2), 54-68.
- Stephan, M. M. A. C. (2008). A Psico-oncologia no Brasil: notas sobre o passado e o presente; aspirações e estratégias para o futuro. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp.619-633). São Paulo: Summus.

- Stumm, E. M. F, Oliveira, E. R. A., & Kirschener, R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. *Scientia Medica*, 18(1), 26-30.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico V. 5* (pp. 45-56), 5a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Veit, M. T., & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: Definições e área de atuação. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo: Summus.
- Vitiello, N., & Conceição, I. S. C. (1993). Manifestações da sexualidade nas diferentes fases da vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1), 47-60.
- Vural, F., Harputlu, D., Ozgul, K., Suler, G., Edeer, A. D., Ucer, C., Onay, D. C. (2016). The impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Pearsons with Stomas. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs*, 43(4), 381-384.
- World Health Organization. (2006). Sexual and reproductive health. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- World Health Organization. (2015). Cancer. Health topics. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/en/>.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman.
- Zimmerman, D. E. (2004). *Manual da técnica psicanalítica. Uma re-visão*. Porto Alegre Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “Perfil psicológico pacientes com câncer colorretal submetidos à colostomia”, realizada pela pesquisadora e psicóloga Mércia Aparecida Pereira de Andrade Scarton, sob orientação da Prof. Dr.^a Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues. O objetivo desse trabalho é analisar o discurso do paciente a respeito da vivência de sua própria sexualidade após a ostomia intestinal em função de câncer, bem como verificar se há contradições entre a narrativa consciente dos pacientes e projeções inconscientes, por meio do teste psicológico HTP. As conclusões obtidas na pesquisa serão comunicadas pela pesquisadora aos participantes, para que tenham ciência dos resultados obtidos.

Esta pesquisa não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção ou risco sobre os participantes. Ao aceitar participar deste estudo, você será entrevistado(a) pela pesquisadora e responderá às questões de uma entrevista semiestruturada, além de realizar testes psicológicos. Será realizado um encontro para realização da entrevista e aplicação de testes. Tendo em vista que falar sobre questões emocionais envolvidas no processo de adoecimento por câncer pode suscitar desconforto do ponto de vista psicológico, a psicóloga pesquisadora colocar-se-á à disposição para atendimento em horários a serem combinados junto ao paciente. Esse acompanhamento será feito por meio do Laboratório Chronos, da Universidade de São Paulo, coordenado pela Dr.^a Elisa M.P.C. Rodrigues, orientadora dessa pesquisa. Após as sessões de acompanhamento, caso seja de vontade do(a) entrevistado(a), a pesquisadora poderá realizar encaminhamento para redes de atendimento psicológico na cidade de São Paulo.

Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas. Sua participação precisa ser voluntária e se você decidir não participar ou desistir de participar ao longo do estudo, seu tratamento nesta instituição seguirá normalmente, sem qualquer prejuízo. Para isso, basta entrar em contato com a pesquisadora nos endereços ou telefones abaixo:

- Telefone: 11-9-6644-9481 – *E-mail*: mercia.andrade@usp.br
- Instituto de Psicologia - IPUSP: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária - CEP: 05508-030 - São Paulo – SP – Telefone: (11) 3091-4190.
- Comissão de Ética em Pesquisa - CEP-HU/USP: Av. Prof. Lineu Pestes, 2565 - Cidade Universitária - CEP: 05508-000 - São Paulo - SP - Telefone: (11) 3091-9457 - Fax: (11) 3091-9479 - *E-mail*: cep@hu.usp.br

Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pela pesquisadora. Caso o material venha a ser utilizado para a publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-la, estando garantida a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Caso aceite participar da pesquisa você poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos a ela relacionados.

Dados de identificação do participante da pesquisa:

Nome do participante: _____

Nº do documento de identidade: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefones para contato: _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa e assino o presente termo em duas vias de igual teor.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
Mércia A.P.A. Scarton

APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS UTILIZADAS NA ENTREVISTA

1. No momento, você está em algum relacionamento estável?
2. Como era sua vida sexual antes da cirurgia?
3. Após a recuperação no pós-cirúrgico, como foi a retomada da vida sexual?
Foram encontradas dificuldades nesse processo? Quais?
4. No hospital, alguém da equipe que lhe atendeu ofereceu informações sobre esse assunto?
5. Alguma dificuldade ou informação que julgue importante sobre sua sexualidade?

APÊNDICE C – *STRINGS* DE BUSCA FORNECIDOS PELAS BASES DE DADOS

PubMed - ((cancer[Title/Abstract] OR neoplasia[Title/Abstract] OR cancer[Title/Abstract] OR neoplasm[Title/Abstract]) AND (colostomy[Title/Abstract] OR colostomia[Title/Abstract] OR ostomy[Title/Abstract] OR ostomia[Title/Abstract] OR stoma[Title/Abstract] OR estoma[Title/Abstract])) AND (sexuality[Title/Abstract] OR sexualidade [Title/Abstract] OR "sexual life"[Title/Abstract]) AND (("2012/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang]))

BVS - (tw:(câncer OR neoplasia OR cancer OR neoplasm)) AND (tw:(colostomy OR colostomia OR ostomy OR ostomia OR stoma OR estoma)) AND (tw:(sexuality OR sexualidade OR "sexual life" OR "vida sexual")) AND (instance:"regional") AND (la:("en" OR "pt")) AND year_cluster:("2013" OR "2014" OR "2016" OR "2012" OR "2015"))

Web of science? Tópico: (cancer OR câncer OR neoplasia OR neoplasm) *AND* **Tópico:** (colostomy OR colostomia OR ostomy OR ostomia OR stoma OR estoma) *AND* **Tópico:** (sexuality OR sexualidade OR "sexual life" OR "vida sexual").

Tempo estipulado: 2012-2016. **Índices:** SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI

Scielo - cancer OR neoplasia OR câncer OR neoplasm [Todos os índices] and colostomy OR colostomia OR ostomy OR ostomia OR stoma OR estoma [Todos os índices] and sexuality OR sexualidade OR "sexual life" OR "vida sexual" [Todos os índices]

ANEXOS

ANEXO A – DESENHOS DE LUCIO (HTP)

1. Casa

Figura 2: Desenho Casa - Lucio

2. Árvore

Figura 3: Desenho árvore - Lucio

3. Pessoa

Figura 4: Desenho figura humana - Lucio

4. Pessoa do sexo oposto

Figura 5: Desenho figura humana do sexo oposto - Lucio

ANEXO B – DESENHOS DE FERNANDA (HTP)

1. Casa

Figura 6: Desenho casa - Fernanda

2. Árvore

Figura 7: Desenho árvore - Fernanda

3. Pessoa

Figura 8: Desenho figura humana - Fernanda

4. Pessoa do sexo oposto

Figura 9: Desenho figura humana do sexo oposto - Fernanda