UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM *DISFUNÇÃO SEXUAL E*
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES

Alexandra de Souza Melo

Ribeirão Preto

2004

ALEXANDRA DE SOUZA MELO

VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM *DISFUNÇÃO SEXUAL E*
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem – USP – vinculada a linha de pesquisa “Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar”, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Emília Campos de Carvalho

Ribeirão Preto

2004

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Melo, Alexandra de Souza
Validação dos diagnósticos de enfermagem *Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes*.
Ribeirão Preto, 2004.
197p.:il.,30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Orientadora: Carvalho, Emília Campos de

1.Diagnóstico de enfermagem. 2.Sexualidade. 3. Doenças Hematológicas. 4. Oncologia

Este trabalho contou com a subvenção parcial da
Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível
Superior (CAPES)

A minha querida e amada mãe Maria de Lourdes e ao meu pai Sebastião pela compreensão, apoio e carinho durante o longo período de elaboração desta tese.

A Deus pela sua benção e benefícios que me fizeste para alcançar esse objetivo.

Ao Marcelo, marido maravilhoso que Deus me deu, pelo apoio, estímulo e companheirismo.

À minha irmã Aline e ao Allan pela ajuda e disponibilidade.

À Profª Drª Emília Campos de Carvalho pelos anos de convivência e pelo ensino, contribuindo na construção do conhecimento.

À Profª Drª Nilza Tereza Rotter Pelá pelo privilégio do seu apoio.

Às enfermeiras e amigas Tatiana e Fernanda pela troca de experiências e disponibilidade.

Ao Profº Drº Vanderlei José Haas pela colaboração.

À Deolinda e a Lourdes pela amizade e contribuições.

À bolsista Rosemeire Garcia pela amizade e compreensão.

À Profª Drª Maria Helena Pessini de Oliveira pela compreensão e carinho.

Aos pacientes que participaram desse trabalho pela colaboração desse conhecimento.

A todos aqueles que participaram contribuindo para a realização desse estudo, meus sinceros agradecimentos.

“O Senhor é meu pastor, nada me faltará”
Salmo 23:1

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO
ABSTRACT
RESUMEN

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	6
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
	3.1 Diagnósticos de Enfermagem.....	12
	3.2 Sexualidade Humana.....	18
	3.2.1 Disfunção Sexual.....	26
	3.2.2 Influências da Doença e da Terapêutica sobre a Sexualidade.....	43
4	OBJETIVOS.....	68
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	69
	5.1 Primeira Etapa: Análise de Conceito.....	69
	5.2 Segunda Etapa: Validação por Especialistas.....	71
	5.2.1 População e Amostra.....	71
	5.2.2 Instrumento de Coleta de Dados da Segunda Etapa.....	74
	5.2.3 Aspectos Éticos.....	76
	5.2.4 Coleta de dados.....	77
	5.2.5 Análise dos Dados da Segunda Etapa.....	78
	5.3 Terceira Etapa: Verificação da Incidência das Evidências Clínicas.....	82

5.3.1	População e Amostra.....	83
5.3.2	Instrumento de Coleta de Dados da Terceira Etapa.....	84
5.3.3	Aspectos Éticos.....	87
5.3.4	Coleta de Dados.....	88
5.3.5	Análise dos Dados da Terceira Etapa.....	90
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	93
6.1	Primeira etapa: Análise de Conteúdo.....	93
6.2	Segunda etapa: Validação por Especialistas.....	105
6.2.1	Caracterização das pontuações obtidas pelos enfermeiros peritos segundo a metodologia de Fehring (1994).....	105
6.2.2	Validação das definições dos Diagnósticos de Enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”.....	117
6.2.3	Validação por Especialistas dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”.....	124
6.3	Terceira etapa: Verificação da incidência das evidências clínicas.....	131
6.3.1	Caracterização da Amostra.....	131
6.3.2	Índice de concordância das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” observadas pelas enfermeiras diagnosticadoras em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas.....	135
6.3.3	Incidência das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas.....	140
6.3.4	Coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores clínicos das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”.....	169

6.3.5	Análise comparativa entre a Validação por Especialistas e a Verificação da incidência das evidências clínicas.....	173
-------	--	-----

7	CONCLUSÕES.....	177
---	------------------------	------------

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
---	----------------------------------	------------

9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	189
---	--	------------

APÊNDICES

ANEXOS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1

Distribuição dos enfermeiros peritos conforme a sua localidade de trabalho no território nacional. Ribeirão Preto, 2003.....107

TABELA 2

Distribuição dos enfermeiros peritos segundo a faixa etária profissional (N = 32). Ribeirão Preto, 2003.....108

TABELA 3

Distribuição de trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) dos enfermeiros peritos abordando o tema Diagnóstico de Enfermagem (N = 30). Ribeirão Preto, 2003.....113

TABELA 4

Distribuição de trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) dos enfermeiros peritos abordando o tema Sexualidade Humana (N = 16). Ribeirão Preto, 2003.....114

TABELA 5

Distribuição dos 32 enfermeiros peritos, conforme as pontuações obtidas, segundo a proposta de Fehring (1994). Ribeirão Preto, 2003..... 116

TABELA 6

Distribuição das respostas dos 32 enfermeiros peritos segundo a adequação da definição ao título do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” apresentada pela NANDA (2001). Ribeirão Preto, 2003.....118

TABELA 7

Distribuição das respostas dos 32 enfermeiros peritos segundo a adequação da definição ao título do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” apresentada pela NANDA (2001), Ribeirão Preto, 2003.....120

TABELA 8

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas. Ribeirão Preto, 2003.....124

TABELA 9

Distribuição das 10 características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo suas medianas e distâncias interquartílicas obtidas pelos dois grupos de enfermeiros peritos. Ribeirão Preto, 2003.....126

TABELA 10

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas. Ribeirão Preto, 2003.....128

TABELA 11

Distribuição das 05 características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo suas medianas e distâncias interquartílicas obtidas pelos dois grupos de enfermeiros peritos. Ribeirão Preto, 2003.....129

TABELA 12

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, conforme o índice de concordância entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....136

TABELA 13

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, conforme o índice de concordância entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....138

TABELA 14

Distribuição da incidência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas (N = 20). Ribeirão Preto, 2003.....140

TABELA 15

Distribuição da incidência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas (N = 20). Ribeirão Preto, 2003.....159

TABELA 16

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....169

TABELA 17

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....170

TABELA 18

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo o escore da Validação por Especialistas e o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....173

TABELA 19

Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo o escore da Validação por Especialistas e o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003.....175

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "Disfunção Sexual": "mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada" (NANDA, 2001, p.95) e suas definições operacionais.....101

QUADRO 2

Características definidoras do diagnóstico de enfermagem "Padrões de Sexualidade Ineficazes": "expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade" (NANDA, 2001, p.169) e suas definições operacionais.....104

QUADRO 3

Distribuição das características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem "Disfunção Sexual" assinaladas para cada sujeito da amostra, segundo as respostas das enfermeiras diagnosticadoras.....137

QUADRO 4

Distribuição das características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem "Padrões de Sexualidade Ineficazes" assinaladas para cada sujeito da amostra, segundo as respostas das enfermeiras diagnosticadoras.....139

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO 1

Distribuição da amostra estudada segundo a faixa etária (N = 20).
Ribeirão Preto, 2003.....131

GRÁFICO 2

Distribuição da amostra estudada segundo o nível de escolaridade (N = 20). Ribeirão Preto, 2003.....132

GRÁFICO 3

Distribuição da amostra estudada segundo o diagnóstico médico (N = 20). Ribeirão Preto, 2003.....133

RESUMO

MELO, A. S. Validação dos diagnósticos de enfermagem *Disfunção Sexual* e *Padrões de Sexualidade Ineficazes*. 2004. 197p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Este estudo teve o propósito de validar os diagnósticos de enfermagem da NANDA (2001) “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” e de proporcionar uma avaliação objetiva da Sexualidade Humana. A abordagem metodológica de validação adotada foi a de Hoskins (1989): análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica, denominada de verificação da incidência das evidências clínicas. A partir da reconstrução dos dois diagnósticos estudados e construção das definições operacionais de suas características definidoras, estes foram validados por 32 enfermeiros considerados peritos nestes diagnósticos, a partir da pontuação recomendada por Fehring (1994). Os resultados demonstraram que no diagnóstico “Disfunção Sexual” a definição está adequada ao título, mas merece que se especifique as fases da resposta sexual humana. Quanto às 10 características definidoras propostas, 07 receberam os maiores escores: limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica; limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica; alteração no alcance da satisfação sexual; busca de confirmação da qualidade de ser desejável; incapacidade de alcançar a satisfação desejada; percepção de alteração na excitação sexual e percepção de escasso desejo sexual. Ressalta-se que essas duas últimas características foram encontradas na literatura e acrescidas neste diagnóstico. Referente ao diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, a adequação da definição ao título necessitou de ser comprovada pela literatura, pois as sugestões dos enfermeiros peritos que discordaram foram heterogêneas. Quanto às características definidoras, os maiores escores foram atribuídos a dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, alterações no desempenho do papel sexual percebido e alteração no relacionamento com pessoas significativas, sendo estas duas últimas foram deslocadas do diagnóstico “Disfunção Sexual”. Todas as características definidoras do diagnóstico “Disfunção Sexual” que receberam escores acima de 0,80 na Validação por Especialistas tiveram incidências acima de 55% no contexto clínico dos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas. Porém, referente ao diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, as maiores incidências ocorreram nas características definidoras: dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais e mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, que constam na NANDA (2001). Conclui-se que os pacientes portadores de neoplasias hematológicas apresentaram comprometimento de uma ou mais fases da resposta sexual humana e mostraram-se preocupados com a influência da doença e do tratamento no seu comportamento sexual, principalmente, no que se refere ao medo de se adquirir uma infecção, resultando na diminuição ou interrupção da sua atividade sexual, após descobrir a doença.

Descritores: diagnóstico de enfermagem, sexualidade, doenças hematológicas, oncologia

ABSTRACT

MELO, A. S. Validation of nursing diagnoses: *Sexual Dysfunction* and *Ineffective Sexuality Patterns*. 2004. 197p. Doctoral thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This study aimed to validate the NANDA (2001) nursing diagnoses “Sexual Dysfunction” and “Ineffective Sexuality Patterns” and offer an objective evaluation of Human Sexuality. Our methodological approach of validation was based on Hoskins (1989): concept analysis, expert validation and clinical validation, called verification of clinical evidence incidence. Starting from the reconstruction of the two diagnoses under analysis and the construction of the operational definitions of their defining characteristics, validation was realized by 32 nurses, who are considered experts on these diagnoses, according to the punctuation recommended by Fehring (1994). Results demonstrate that, with respect to the “Sexual Dysfunction” diagnosis, the definition is adequate for the title, but human sexual response phases need to be specified. 07 out of 10 defining characteristics obtained the highest score: perceived limitations imposed by disease and/or therapy; actual limitations imposed by disease and/or therapy; alteration in achieving sexual satisfaction; seeking confirmation about being desirable; incapacity to achieve desired satisfaction; perception of altered sexual excitement and perception of scarce sexual desire. We highlight that the last two characteristics were found in literature and added to this diagnosis. The adequacy of the “Ineffective Sexuality Patterns” definition to the title had to be proved by means of literature, since the experts nurses displayed heterogeneous suggestions in this respect. The defining characteristics with the highest scores were: reported difficulties or limitations in sexual behaviors or activities; reported changes in sexual behaviors or activities; alterations in achieving perceived sex role and alteration in relationship with significant other. The last two were transferred from the “Sexual Dysfunction” diagnosis. All defining characteristics for the “Sexual Dysfunction” diagnosis with scores superior to 0.80 in Experts Validation disclosed incidence rates superior to 55% in the clinical context of blood cancer patients. However, with respect to the “Ineffective Sexuality Patterns” diagnosis, the highest incidence rates occurred for the following defining characteristics: reported difficulties or limitations in sexual behaviors or activities and reported changes in sexual behaviors or activities, which are listed in NANDA. We conclude that the human sexual response of blood cancer patients was affected in one or more phases. Patients revealed to be worried about the influence of the disease and treatment on their sexual behavior, mainly with respect to the fear of getting an infection, resulting in decreased or interrupted sexual activity after the discovery of the disease.

Descriptors: nursing diagnosis, sexuality, blood diseases, oncology.

RESUMEN

MELO, A. S. Validación de los diagnósticos de enfermería *Disfunción Sexual y Alteraciones de los Patrones de Sexualidad*. 2004. 197p. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

La finalidad de este estudio fue validar los diagnósticos de enfermería “Disfunción Sexual” y “Alteraciones de los Patrones de Sexualidad” de la NANDA (2001) y ofrecer una evaluación objetiva de la Sexualidad Humana. La aproximación metodológica de la validación fue basada en Hoskins (1989): análisis conceptual, validación por especialistas y validación clínica, llamada verificación de incidencia de las evidencias clínicas. A partir de la reconstrucción de los dos diagnósticos estudiados y la construcción de las definiciones operacionales de sus características definidoras, fueron validados por 32 enfermeros considerados especialistas en estos diagnósticos, a partir de la puntuación recomendada por Fehring (1994). Los resultados demostraron que, en el diagnóstico “Disfunción Sexual”, la definición está adecuada al título, pero conviene especificar las fases de la respuesta sexual humana. Con respecto a las 10 características definidoras propuestas, 07 recibieron las mayores notas: limitaciones percibidas impuestas por la enfermedad y/o terapéutica, limitaciones reales impuestas por la enfermedad y/o terapéutica, alteraciones en el alcance de la satisfacción sexual, búsqueda de confirmación de la calidad de ser deseable, incapacidad de alcanzar la satisfacción deseada, percepción de alteración en la excitación sexual y percepción de deseo sexual escaso. Destacamos que esas dos últimas características fueron encontradas en la literatura y adicionadas en este diagnóstico. Con respecto al diagnóstico “Alteraciones de los Patrones de Sexualidad”, la adecuación de la definición al título necesitó de ser comprobada por la literatura, ya que las sugerencias de los enfermeros especialistas que discordaron fueron heterogéneas. En cuanto a las características definidoras, las mayores notas fueron atribuidas a: dificultades o limitaciones relatadas en los comportamientos o actividades sexuales, cambios relatados en los comportamientos o actividades sexuales, alteraciones en el desempeño del papel sexual percibido y alteración en la relación con personas significativas. Estas dos últimas fueron desplazadas del diagnóstico “Disfunción Sexual”. Todas las características definidoras del diagnóstico “Disfunción Sexual” que recibieron notas arriba de 0,80 en la Validación por Especialistas registraron incidencias superiores al 55% en el contexto clínico de los pacientes portadores de enfermedades onco-hematológicas. Todavía, con respecto al diagnóstico “Alteraciones en los Patrones de Sexualidad”, las mayores incidencias ocurrieron en las características definidoras: dificultades o limitaciones relatadas en los comportamientos o actividades sexuales y cambios relatados en los comportamientos o actividades sexuales, que constan en la NANDA (2001). Concluimos que los pacientes portadores de neoplasias hematológicas presentaron comprometimiento de una o más fases de la respuesta sexual humana y se manifestaron preocupados con la influencia de la enfermedad y del tratamiento en su comportamiento sexual, principalmente con respecto al miedo de adquirirse una infección, resultando en la disminución o interrupción de su actividad sexual después de descubrir la enfermedad.

Descriptores: diagnóstico de enfermería, sexualidad, enfermedades hematológicas, oncología.

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão envolvida na constante busca pela sua autonomia. Em 1859, Florence Nightingale afirmava que a Enfermagem não conhecia seus elementos específicos (NIGHTINGALE, 1980). Até hoje, na Enfermagem, não existe uma definição objetiva de sua prática.

Inicialmente, o caminho percorrido para a Enfermagem atingir o *status* de Ciência foi a construção das teorias de Enfermagem. Hoje, percorre-se o caminho da sistematização da assistência de enfermagem que proporciona uma identificação clara do corpo de conhecimento profissional através de uma linguagem universal e, com isso, maior confiabilidade e autonomia profissional.

A necessidade de sistematizar a assistência de enfermagem começou quando a Enfermagem voltou-se para as necessidades do indivíduo, a fim de levantar problemas, ou seja, desenvolver diagnóstico da situação e planejar ações específicas para as áreas afetadas.

O diagnóstico de enfermagem faz parte do segundo passo do Processo de Enfermagem, composto por coleta de dados ou investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Segundo Alfaro-LeFevre (2000), a determinação desses passos conduz a eficiência e resultados benéficos a longo prazo.

O termo diagnóstico esteve historicamente vinculado às ações do perfil de atividades desenvolvidas pelos médicos. Com a institucionalização do atendimento à saúde, centralizada nas atividades hospitalares, houve a introdução de outras categorias profissionais no atendimento, cuidado e tratamento das pessoas institucionalizadas. O convívio dentro de um mesmo espaço físico, o hospital, e a

atenção de tais profissionais centrados direta ou indiretamente no corpo doente fizeram com que cada uma dessas categorias comesçassem a delimitar áreas de atuação que foram paulatinamente incorporadas dentro do perfil profissional.

Assim sendo, outros profissionais começaram a identificar “problemas”, ou seja, diagnósticos para descrever situações peculiares ao desempenho profissional de cada categoria, dentro do domínio de sua competência legal e ética.

Na enfermagem, segundo Farias et al. (1990), o termo diagnóstico de enfermagem foi primeiramente utilizado por Vera Fry, em 1953, ao investigar 5 áreas de necessidades do cliente, caracterizando, assim, a idéia de um diagnóstico da área de enfermagem. Tal terminologia foi sendo aprimorada ao longo do tempo, sendo incorporado a ela situações de saúde do cliente que são identificadas e que norteiam o planejamento da assistência de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

Numa tentativa de identificar os problemas de saúde que sejam da competência profissional do enfermeiro e possibilitar a identificação do custo operacional das ações desenvolvidas por tais profissionais, a Associação Americana de Enfermeiras (ANA - *American Nurses Association*) reuniu-se para elaborar uma proposta de classificação dos “diagnósticos de enfermagem”. Dessa iniciativa foi formado um grupo de estudo dos problemas/diagnósticos de enfermagem, que culminou com a formação da Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*). O movimento norte-americano teve repercussão acadêmica no Brasil.

Em 1990, ficou definido que o diagnóstico de enfermagem estava centrado no conceito de respostas humanas, sendo concebido conceitualmente como um

juízo clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA, 1999, p.149).

Como se pode observar, o diagnóstico de enfermagem está orientado para as respostas do indivíduo, família ou comunidade fornecendo a especificidade do cuidado e qualidade da assistência de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem descritos pela NANDA, segundo Gordon (1994) e Carpenito (2001), sempre foram apresentados a partir de 5 modalidades distintas: 1) diagnóstico real ou atual; 2) diagnóstico de risco; 3) diagnóstico possível; 4) síndrome e 5) diagnóstico de bem-estar ou de saúde.

De acordo com Alfaro-LeFevre (2000) e Carpenito (2001), a composição de um diagnóstico de enfermagem pode incluir: 1) título e definição do diagnóstico que consiste na descrição do problema; 2) características definidoras que são os indicadores clínicos, ou seja, sinais e sintomas que devem estar presentes, para que o diagnóstico possa ser afirmado e 3) fatores relacionados, ou seja, os fatores que favorecem a ocorrência ou a manutenção do diagnóstico de enfermagem. Os fatores relacionados para os diagnósticos de risco chamam-se fatores de risco, que são agrupados em arranjos peculiares, dependendo do tipo de diagnóstico que está sendo referido.

Assim, um diagnóstico de enfermagem real, inclui como componentes o título, o fator relacionado e as características definidoras; para sua redação, utiliza-se expressões de ligação “relacionado a” para os fatores relacionados e

“caracterizado por” ou “evidenciado por” ou “manifestado por” para as características definidoras, entre cada elemento (CARPENITO, 2001).

Para um diagnóstico de enfermagem de risco, os componentes incluídos são o título e os fatores de risco, com a expressão de ligação “relacionado a”, porque neste tipo de diagnóstico não há evidências de características definidoras, apenas evidências de fatores de risco com o diagnóstico, ou seja, há exposição a fatores que podem levar ao problema (ALFARO-LeFEVRE, 2000; CARPENITO, 2001).

Num diagnóstico de enfermagem possível, é mencionado o título, antecedido pela expressão “possível”, seguido do fator relacionado, também antecedido pela expressão “possível” e tendo como elemento de conexão a expressão “relacionado a”. Neste diagnóstico, a base de dados da pessoa não demonstra as características definidoras ou os fatores relacionados com o diagnóstico, mas pela intuição o diagnóstico pode estar presente (ALFARO-LeFEVRE, 2000; CARPENITO, 2001).

Para essas mesmas autoras, os diagnósticos de enfermagem de síndrome e bem-estar só devem mencionar seus respectivos títulos. O diagnóstico de síndrome é utilizado quando o diagnóstico presente está associado com um grupo de outros diagnósticos e os diagnósticos de bem-estar estão presentes quando há uma situação em que o cliente saudável deseja atingir um nível mais elevado de funcionamento em uma área específica.

Embora os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA sejam conhecidos e aplicados, os mesmos não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas podem permitir seu aprimoramento e tornar sua estrutura conceitual mais aprimorada. A validade dos diagnósticos de enfermagem pode ser investigada por vários métodos de pesquisa, preferencialmente por aqueles que

melhor estabelecem clinicamente a presença da resposta e das características definidoras a ela associadas numa população (WOODTLI, 1995).

Segundo Gordon (1994), a validade de um diagnóstico de enfermagem, inclui o grau com que um grupo de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada na interação cliente/ambiente. Sendo estas identificadas num grupo, em uma situação clínica, são consideradas válidas. A mesma autora acrescenta ainda que a validação é uma tarefa processual, uma vez que as situações identificadas e tratadas pelos enfermeiros são complexas e variando com as características culturais, sociais, econômicas e individuais.

Portanto, há necessidade de manter contínuos fluxos de pesquisas e estudos que permitam acompanhar as modificações sociais e condições culturais locais, considerando as peculiaridades das manifestações de tais problemas em populações específicas.

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Atualmente, tornou-se uma constante as críticas quanto à prática da enfermagem pautada no modelo biomédico que, por sua vez, está fundamentado na concepção cartesiana de ciência, que separa mente e corpo, dividindo o homem em partes cada vez menores e tornando o conhecimento cada vez mais fragmentado (SÁ, 1999).

No contexto da assistência à saúde, estamos vivendo uma mudança do paradigma cartesiano, no qual o indivíduo deixa de ser visto por partes e passa a ser visto em sua totalidade.

Face a essa consideração, entende-se que o enfermeiro tem que planejar uma assistência de enfermagem integral ao ser humano, ou seja, deve ser visto com “qualidades físicas, mentais, emocionais, sociais e espirituais” (GARCIA, 1993, p.39). Para a concretização desse cuidado, Sá (1999) defende que devem ser utilizados modelos que levem à integração do homem em si, à sociedade e ao universo.

Quando refere-se a totalidade do homem, é atingida certamente a dimensão sexual desse indivíduo. Segundo Hogan (1985, p.10), a sexualidade humana é definida como “uma parte intrínseca de nossa existência”. Por sua vez, é envolvida por aspectos biológicos, psicológicos e sócio culturais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982). Hogan (1985), ainda acrescenta o aspecto ético.

Portanto, relacionando o paradigma do cuidado integral com essa definição, pode-se concluir que a sexualidade deve ser contemplada pelo

processo de assistência de enfermagem, constituindo-se em domínio de prática desta profissão.

Esta área do conhecimento apresenta inter-relação com diversos campos e formas de assistir o ser humano. Hughes (2000) considera o enfermeiro como um profissional que possui conhecimento e que tem potencial para adquirir habilidades para lidar com a área sexual do cliente.

Na realidade profissional do dia a dia, observamos as dificuldades dos profissionais de saúde para abordarem o aspecto da sexualidade do indivíduo e, conseqüentemente, identificarem suas necessidades. Na década de 80, Zalar (1982) descreveu que as enfermeiras têm sido educadas para lidar com os aspectos físicos e emocionais da doença, mas não com desenvolvimento psicosssexual dos seres humanos.

Pelá et al. (1995), em um estudo com enfermeiros, concluiu que a Enfermagem

não só carece de informação como aspira por preparo na área da sexualidade humana [...], com isso, tem dificultado sua vivência profissional cotidiana quando a questão do cuidado exige estarem instrumentalizados para lidar com a dimensão sexual do seu cliente (p.112).

Ferreira e Figueiredo (1997) também comentam sobre o despreparo da Enfermagem para lidar com o assunto sexualidade humana.

Pereira et al. (2000), ao investigar as vivências do enfermeiro relacionadas à sexualidade durante seu exercício profissional, detectaram situações constrangedoras vivenciadas pela equipe de enfermagem e a principal conseqüência foi o constrangimento tanto da equipe quanto do paciente. No final do

estudo, ressaltam a necessidade de uma melhor preparação da equipe em aceitar as expressões da sexualidade de seus clientes.

No decorrer da minha atuação no setor de clínica médica de uma instituição hospitalar, acompanhando docentes da disciplina de Enfermagem Médica, através do projeto PAE (Programa de Aperfeiçoamento ao Ensino) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (EERP-USP), aliado à vivência no campo da pesquisa sobre a área da sexualidade humana, foi detectado a falta de experiência também dos discentes em tratar do assunto sexualidade.

Os mesmos apresentavam dificuldades para abordar o cliente na entrevista e no exame físico referentes à sexualidade. A consequência desse fato, no cotidiano profissional da Enfermagem, demonstra que esta dimensão do ser humano deixa de ser avaliada.

Num estudo com alunos no último ano do curso de graduação em Enfermagem, Gir; Nogueira; Pelá (2000, p.33) comprovaram que a maioria deles se forma com “noções fluídas e limitadas, sem embasamento norteador sobre sexualidade humana” e, ainda, usam os termos sexo e sexualidade como sinônimos.

Essa lacuna persiste até os dias de hoje, visto que não há uma disciplina específica sobre sexualidade humana na maioria dos cursos de graduação em Enfermagem e algumas disciplinas abordam apenas alguns aspectos da sexualidade, não dando subsídios suficientes para o enfermeiro atuar nessa área, no contexto da assistência.

Ao rever a literatura, percebe-se que a Enfermagem começou a ter consciência que deveria se preocupar com a sexualidade do cliente na década de 60. Nesta época, começaram a surgir artigos relacionados à masturbação, homossexualidade e comunicação sobre alguns tópicos de sexualidade. Hogan

(1985) evidencia que, em 1970, a Nursing Outlook dedicou uma edição inteira à sexualidade humana.

Essa mesma autora ressalta que, no final da década de 70 e início dos anos 80, a Enfermagem começou a ter interesse pela pesquisa nesta área, inclusive, com recomendações para incluir o conteúdo sexualidade humana no currículo de enfermagem.

Foi nessa época, década de 80, que surgiram os diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade humana na taxonomia da NANDA. Historicamente, após os anos 60, ocorreu uma série de mudanças sociais, como a profissionalização da mulher, a popularização do conhecimento da fisiologia e terapêutica sexual, o surgimento dos métodos de controle da natalidade e a intensificação do movimento feminista. Todos estes acontecimentos culminaram em alterações nos valores sociais referentes à sexualidade, resultando na separação dos efeitos reprodutivos dos efeitos prazerosos e sociais da atividade sexual (CORREIA, 1997).

Segundo Santos (1990), nos anos 80, houve um aumento considerável de doenças sexualmente transmissíveis e explosão da pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que, em decorrência da publicidade, levantou algumas questões sobre a modificação do estilo de vida sexual.

Estes e outros fatos fizeram com que a expressão sexual viesse à tona, traduzindo-se na abordagem explícita do assunto pela mídia falada e escrita e em aumento do número de estudos sobre sexualidade, visando analisar possíveis intervenções profissionais em nível individual, familiar e coletivo.

Na Enfermagem, os estudos com este tema abordam a promoção do cuidado em clientes com diferentes alterações de saúde, que podem afetar a

sexualidade: cardiopatias, diabetes, traumatismo medular espinhal, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, câncer e derivações da saúde mental.

Acredita-se que a Enfermagem, começando a trabalhar com a dimensão sexual de clientelas específicas, adquira o hábito de trabalhar este aspecto com a clientela de um modo geral.

Estudos mostram que, atualmente, a sexualidade está relacionada com qualidade de vida (RAPOSO, 1996; CARVALHO; TELLES, 2001). De acordo com Filiberti et al. (1994 apud HUGHES, 2000, p.478), “o relacionamento sexual tem uma significativa contribuição para a qualidade de vida de todos nós”. Sabe-se que qualidade de vida inclui, segundo Molassiotis e Morris (1998), estar dentro dos padrões de normalidade, ser capaz de apreciar a vida, ser realizado profissionalmente e, amorosamente, e possuir recursos materiais para sua própria sobrevivência.

Mesmo assim, impera a resistência da enfermagem em incluir o assunto sexualidade em seu planejamento e assistência. O estudo de Gamel, Davis e Hengevelt de 1993, citado por LeMone e Donna (1997), traz cinco categorias de fatores que afetam às ações de enfermagem em promover o cuidado relacionado à sexualidade: conhecimento e prática, atitude, confiança sobre as responsabilidades profissionais, desconforto sobre o assunto sexualidade e participação em educação continuada.

Independente de qual sejam os fatores, constata-se que os profissionais da enfermagem, em sua maioria, não estão preparados para abordar os aspectos da sexualidade humana com o cliente; a execução de trabalhos com clientelas específicas é uma grande iniciativa para que esta ação se concretize na assistência

de enfermagem, principalmente, no que se refere a sugestões de como e quais dados devem ser coletados a respeito da sexualidade destes tipos de clientelas.

Considerando-se a sexualidade como parte essencial da vida do ser humano, acredita-se que deva ser abordada na assistência ao indivíduo, como qualquer outro aspecto afetado.

Frente ao que foi exposto, pode-se afirmar que o assunto sexualidade humana deve estar integrado ao ensino e a prática profissional do enfermeiro, tendo em vista a assistência integral ao ser humano, porém, há um despreparo do profissional em lidar com a dimensão sexual do cliente.

Sendo assim, este estudo tem a finalidade de contribuir para a construção do saber da Enfermagem na área da sexualidade humana e refinar os diagnósticos de enfermagem da área, para que sejam utilizados na profissão de enfermagem no ensino, na pesquisa e na assistência, a fim de favorecer a avaliação da sexualidade humana no cliente e compreender a gênese e as manifestações de suas alterações.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Diagnósticos de Enfermagem

A idéia da atividade diagnóstica para a Enfermagem surgiu com a enfermagem moderna quando Nightingale, durante a Guerra da Criméia, diagnosticou e tratou problemas de saúde.

Em 1920, Hamer sugere que a enfermagem deve usar o método científico, organizar a Ciência Enfermagem, identificar problemas específicos de enfermagem, registrá-los e designar prescrições para esses problemas. Mais tarde, por volta de 1950, McManus especificou o termo diagnóstico como uma atividade de enfermagem e descreveu que o enfermeiro deve identificar ou diagnosticar os problemas de sua competência e decidir acerca de um curso de ação de enfermagem para atingir a solução do problema (FARIAS et al., 1990).

Foi, em 1953, como já citado anteriormente, que a primeira menção foi feita ao termo diagnóstico de enfermagem por Vera Fry, ao identificar cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da Enfermagem, como foco para os diagnósticos de enfermagem e como meio de planejar o cuidado de enfermagem individualizado (FARIAS et al., 1990).

Na década de 70, houve um aumento significativo na aceitação dos diagnósticos de enfermagem. Concomitantemente, foi nessa década que iniciou a busca da informatização dos serviços de assistência à saúde. Em 1973, na 1ª Conferência do Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, foram apresentados e validados pelos seus participantes 34 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em ordem alfabética (NANDA, 1999).

No ano de 1977, várias teóricas de enfermagem se reuniram para desenvolver uma estrutura conceitual para o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Após vários anos de estudo, emergiram da lista alfabética dos diagnósticos de enfermagem vários padrões amplos que agrupavam os diagnósticos individuais. O trabalho final propunha os nove Padrões do Homem Unitário, segundo a proposta de Roy (MICHEL, 2003; NANDA, 1999).

Em 1982, na 5ª Conferência, foram apresentados oficialmente os diagnósticos de enfermagem agrupados em nove Padrões do Homem Unitário.

Segundo Gordon (1987), nesta mesma conferência, o Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem constituiu-se oficialmente em Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA e a equipe de teóricas foi desfeita, criando-se o Comitê de Taxonomia¹. A partir daí, as conferências foram abertas à comunidade científica e ao público da área de Enfermagem.

Em 1986, na 7ª Conferência ocorreu a substituição do termo Padrões do Homem Unitário por Padrões de Respostas Humanas e foi aprovada a Taxonomia I da NANDA (1999).

Os nove Padrões de Resposta Humana incluíam: Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir (NANDA, 1999).

A Taxonomia I ordenou os diagnósticos de enfermagem dos abstratos e gerais para os concretos e específicos, ou seja, diferentes níveis teóricos entre os diagnósticos.

¹ A palavra taxonomia significa classificação científica. Para Nóbrega (2000), o termo taxonomia pode significar o estudo teórico da classificação ou pode ser o sistema de classificação resultante desse processo. A NANDA utiliza os dois significados apresentados.

Com a proposta de inclusão desta Taxonomia I na Classificação Internacional das Doenças, houve a necessidade de sua revisão, inclusive, com inclusão de novos diagnósticos de enfermagem. A publicação da Taxonomia I Revisada ocorreu em 1989. A enfermagem brasileira teve suas primeiras participações, a partir da 8ª Conferência da NANDA, apresentando estudos sobre diagnóstico de enfermagem.

O grupo de pesquisadoras brasileiras envolvidas com estudos sobre diagnóstico de enfermagem cresceu muito desde então, culminando com a realização do Primeiro Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem em São Paulo, em 1991. Os Simpósios Nacionais continuam ordenados bienalmente no Brasil, desde então.

Até no ano 2000, o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem apresentava-se por níveis:

- Nível I era o mais abstrato da Taxonomia, correspondia aos Padrões de Respostas Humanas, por exemplo, Padrão 1 – Trocar.
- Nível II representava as alterações nas subcategorias dos padrões, como exemplo, dentro do padrão 1 tem-se alteração da nutrição (1.1), alteração da eliminação (1.3), dentre outros.
- Nível III descrevia o fenômeno da preocupação, se tomarmos como exemplo a alteração na eliminação, o nível III correspondia a 1.3.1 intestinal e 1.3.2 urinária.
- Níveis IV e V, eram os títulos diagnósticos, ou seja, os diagnósticos concretos, por exemplo, 1.3.1.1 constipação, 1.3.1.1.1 Constipação percebida (FARIAS et al., 1990; PÉREZ et al., 1990).

Na prática, o enfermeiro, ao rotular um diagnóstico, estava empregando os níveis IV ou V.

Com o passar do tempo, novos diagnósticos foram aprovados, mas havia uma dificuldade de inseri-los na estrutura da Taxonomia I revisada. No entanto, em 1994, o Comitê de Taxonomia da NANDA sugeriu uma nova estrutura taxonômica, que excluiria os Padrões de Resposta Humana. Quatro anos mais tarde, o Comitê de Taxonomia e o Conselho de Diretores da NANDA, frente a quatro novas estruturas conceituais, escolheram os Padrões Funcionais de Saúde de Gordon de 1998 (NANDA, 2001).

Durante dois anos, esta estrutura proposta foi estudada e sofreu algumas modificações do modelo original de Gordon até que se transformou na quinta proposta de estrutura conceitual. No ano de 2000, na 14ª Conferência, foi apresentada a Taxonomia II e publicada em 2001, composta de 13 domínios, 46 classes e 155 diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2001).

Os domínios compreendem promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento (NANDA, 2001).

Projetada para ser multiaxial na sua forma, a taxonomia II possui sete eixos, o que facilita modificações ou inclusão de novos diagnósticos sem ter que mudar o sistema de codificação (BRAGA; CRUZ, 2003; NANDA, 2001). Um eixo é operacionalmente definido como “uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico” (NANDA, 2001, p.239).

Cada eixo possui seus valores e estão divididos da seguinte maneira:

- Eixo 1 – O conceito diagnóstico definido como a raiz da declaração diagnóstica, por exemplo, dor, intolerância à atividade, dentre outros (NANDA, 2001).

- Eixo 2 – Tempo definido como a duração de um período ou intervalo; seus valores são agudo, crônico, intermitente e contínuo (NANDA, 2001).
- Eixo 3 – Unidade de Cuidado caracterizada como a população a que o diagnóstico de enfermagem se refere; seus valores são indivíduo, família, grupo e comunidade (NANDA, 2001).
- Eixo 4 – Idade é a “quantidade de tempo ou intervalo o qual um indivíduo existiu” (NANDA, 2001, p.243); seus valores variam desde a idade fetal até adulto idoso com mais de 70 anos.
- Eixo 5 – Estado de Saúde é definido como “a posição ou grau na continuidade da saúde” (NANDA, 2001, p.243); os valores nesse eixo são bem-estar, risco ou real.
- Eixo 6 – Descritor é um julgamento que limita ou caracteriza o significado de um diagnóstico de enfermagem; seus valores são compostos de 25 descritores ou, também conhecidos, por modificadores. Por exemplo, prejudicado, ineficaz, aumentado, diminuído, dentre outros (NANDA, 2001).
- Eixo 7 – Topologia caracteriza-se pelas regiões do corpo; são 17 localizações, por exemplo, intestinal, oral, cutâneo, dentre outros (NANDA, 2001).

Esta nova estrutura traz os diagnósticos de enfermagem em ordem alfabética pelo conceito diagnóstico, tornando mais prático e útil clinicamente (NANDA, 2001).

Vale ressaltar que cada diagnóstico de enfermagem, ao ser incluído na classificação da NANDA, passou por um processo de validação. Aliás, uma das recomendações da NANDA, é investigar os diagnósticos já incluídos na sua classificação em diferentes situações clínicas.

O termo validar, dentre outras significações, quer dizer legitimar, o que implica em reconhecer como autêntico, verdadeiro (BUENO, 1996). Portanto, validar

um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem. Em outras palavras, os diagnósticos devem representar a realidade clínica, para isso, devem ser sempre revisados e nunca chegarão a ser finalizados.

As abordagens metodológicas de validação de diagnósticos, basicamente consistem na revisão da literatura fornecendo um suporte teórico que sustente o diagnóstico de enfermagem estudado; na opinião de enfermeiros peritos no diagnóstico estudado a respeito do grau com que cada característica definidora é indicativa do diagnóstico e na verificação da existência de um dado diagnóstico no ambiente clínico (WHITLEY, 1999).

No Brasil já foram desenvolvidos vários estudos de validação, (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002; CARVALHO; ROSSI; JESUS, 1998; CORRÊA, 1997; OLIVA, 2000; OLIVEIRA, 2001; SANTANA; SAWADA, 2002), porém, necessitamos de muito mais trabalhos nesta área para que possamos descrever os fenômenos com que a Enfermagem trabalha. Segundo Gordon e Sweeney (1979), estes fenômenos dizem respeito a identificação e tratamento das respostas das pessoas aos problemas de saúde ou aos processos de vida.

Portanto, se dentre as várias lutas da profissão de Enfermagem, uma delas se caracteriza pela busca da visibilidade social de suas práticas, sendo a utilização dos diagnósticos de enfermagem um dos caminhos para esta conquista, a Enfermagem deve continuar validando os diagnósticos de enfermagem, pois não são definitivos.

3.2 Sexualidade Humana

A sexualidade faz parte da vida de todo ser humano, tem uma dimensão pessoal e humana que além de compreender a genitalidade, que caracteriza-se por um fenômeno fisiológico que satisfaz o instinto, supera os limites do impulso genital, pois, é um aspecto profundo e total da personalidade humana, presente desde a nossa concepção até a morte e inclui tudo o que somos e o que fazemos (BLACK; MATASSARIM-JACOBS, 1996; COSTA, 1994; LOPES, 1993).

Costa (1994) acrescenta que é por meio da sexualidade que nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar.

Bruns; Grassi; França (1995, p.63) descrevem que a sexualidade nos faz relacionar não só com o outro, mas também com seu próprio corpo, “sendo este o modo pelo qual entramos em contato com o mundo e que nos percebemos como sendo”.

Ressel (2003) defende que a sexualidade é universal a todos os indivíduos e é produto de uma “construção única”. Para Chauí (1991), a sexualidade envolve nossas relações com o outro, com o nosso corpo e o alheio, com os objetos e situações que nos agradam ou desagradam, nossas esperanças, medos e sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes.

Essas definições a respeito da sexualidade envolvem a história pessoal de cada um e permeia todos os momentos da vida. Considerando as abordagens biológica, psicológica e social que envolvem a dimensão humana, Costa (1994) nos apresenta os componentes da Sexualidade Humana: na abordagem biológica que envolve o corpo físico, que sente, vê e é visto pelas outras pessoas estão incluídos os sexos cromossômico, gonadal e genital e os caracteres sexuais secundários. Na abordagem psicológica que inclui a nossa mente, emoções, afetos, desejos, fantasias e sonhos encontra-se a identidade sexual, representada pela identidade

genital, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual. Na abordagem social que diz respeito ao mundo que nos rodeia, estão incluídos os papéis sociais de gênero e o papel afetivo-sexual.

O sexo cromossômico é aquele identificado pelos pares xx e xy; o gonadal está relacionado com a presença de gônadas, ovários nas meninas e testículos nos meninos e o genital são os órgãos sexuais visíveis (COSTA, 1994).

Antes do nascimento, ou seja, no período intra-útero, o feto já tem a identidade bio-sexual, determinada pelos fatores cromossômicos denominado genótipo sexual e pelo aspecto físico da genitália, que é o fenótipo sexual. Mas o ensino sexual inicia-se no nascimento, quando a criança começa a ser influenciada por fatores que a fará perceber sexualmente a si própria. Estes fatores, normalmente, iniciam-se pela influência dos pais, como na escolha da cor da roupa ou na escolha dos brinquedos e assim por diante.

Aos poucos, essa criança começa a ter consciência do seu próprio sexo biológico, caracterizando a formação da identidade genital e até os três anos de idade, ocorre o estabelecimento da identidade de gênero, pois nesta idade já ocorreu a formação da estrutura básica da personalidade. As mais precoces impressões desse tipo de identidade ocorrem quando a criança começa a falar, percebendo como as pessoas se reportam a ela usando pronomes ele ou ela e as percepções na maneira como os pais a vestem (KOLODNY; MASTERS; JONHSON, 1982).

O termo identidade de gênero foi criado em 1964, por um médico e psicanalista. É definida como a “sensação interna de pertencermos ao gênero masculino ou feminino, bem como a capacidade de nos relacionarmos socialmente” (COSTA, 1994, p.11). Para Kolodny; Masters; Jonhson (1982), a identidade de

gênero é o modo o qual as pessoas se sentem como homens e mulheres, incluindo a coexistência em si de aspectos masculinos e femininos em sua autopercepção.

Psicologicamente, aos 4 ou 5 anos de idade, a criança começa a desenvolver a orientação sexual; porém, a consciência desses sentimentos se confirmam ou não na adolescência ou até mesmo na idade adulta.

Essa orientação consiste na sensação interna de que temos a capacidade para nos relacionarmos amorosa ou sexualmente com alguém. Costa (1994) a denomina como orientação afetivo-sexual, como uma forma de esclarecer que esse relacionamento não é só sexual, mas envolve amor e afeto, ou seja, há nesta relação sentimentos presentes em relação a outras pessoas.

A orientação sexual que mais prevalece e está dentro do padrão social mais aceito é a heterossexualidade, ou seja, atração sexual entre sexos opostos. Bonamigo e Rasche (1988) colocam que a atribuição de preferências a um ou outro sexo, comportamentos, atitudes e valores dependem de fatores sócio-culturais.

Na mesma idade em que a criança desenvolve sua orientação sexual, inicia-se também a exteriorização da sua identidade de gênero as outras pessoas ou a si mesmo, caracterizando o papel de gênero, conhecido como papel sexual. Em outras palavras, segundo Costa (1994), trata-se do nosso comportamento frente aos demais e à sociedade.

Essa percepção do papel sexual ocorre quando os pais interagem com a criança, mostrando através dessa relação familiar o comportamento apropriado a manifestação da sexualidade, inclusive, na diferença do tratamento conforme o sexo da criança.

Além disso, as percepções das pessoas, a respeito de sua própria sexualidade, também influenciam o desenvolvimento da sexualidade da criança, a

qual tem o costume de imitar os comportamentos observados no adulto. Comportamentos tidos como positivos para a sociedade são reforçados e passam a ter um significado para a criança. Comportamentos tidos como negativos são, na maioria das vezes, inadequadamente reprimidos e isto, mais tarde, pode ser prejudicial para o futuro dessa criança.

O desenvolvimento do papel sexual eclode no início da fase da adolescência, quando surgem os caracteres sexuais secundários, sob a influência de outros agentes socializadores, além da família, como a escola, a igreja, os grupos de amigos, os meios de comunicação, entre outros. (COSTA, 1994).

Por fim, na idade adulta, ocorre o desenvolvimento do papel afetivo-sexual, que caracteriza-se pelo relacionamento com alguém do sexo oposto, do mesmo sexo ou de ambos os sexos (COSTA, 1994).

Observa-se que o desenvolvimento da identidade de gênero e do papel de gênero ou papel sexual são muito complexos, porque tem muitos comportamentos, caracteres e interesses que são compartilhados por meninas e meninos, homens e mulheres. Nem sempre isto é compreendido por todos os pais; a maioria acredita que a menina deve ser sempre delicada e passiva e demonstrar afeto e carinho; já o menino sempre agressivo, ativo e pronto para competições.

Essa maneira de pensar e se comportar dos pais frente aos seus filhos é formada socialmente, aliás, o desenvolvimento do papel sexual é uma dimensão do processo de socialização. Na realidade, a masculinidade e a feminilidade e o papel sexual são culturalmente definidos. O modo como a criança aprende a se comportar através de seus pais é muito mais importante do que o sexo biológico (COSTA, 1994; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).

O processo de socialização engloba, de acordo com Bonamigo e Rasche (1988), o conjunto de normas, valores, expectativas, crenças, idéias, atitudes, comportamentos, preconceitos, gestos, moral, modos de falar e pensar, linguagem e gostos que são incorporados pela criança no contexto da família, variando de cultura para cultura e dentro de uma mesma cultura. Estas autoras, ainda consideram que a criança só está socializada quando há incorporação daquilo que é próprio de seu grupo social.

Saito (1996) defende que a manifestação da sexualidade se apresenta sob três vertentes: a histórica, a cultural e a de cunho social. A proposta histórica revela que a visão da sexualidade foi se formando ao longo do tempo vinculada a interesses político-econômico, cultural, social, religioso, moral e ético, subordinando o indivíduo a comportamentos sexuais e valores que evoluem a cada época. A cultura envolve os aspectos cognitivos, crenças, tabus, mitos, rituais, símbolos e valores com suas influências, convertendo determinado aspecto em algo aceitável ou não. Por fim, a de cunho social envolve o processo de socialização, o qual o ser humano interioriza normas, valores e atitudes, incorporando-se a sua própria personalidade; sabe-se que o aspecto sexual faz parte da dimensão deste processo.

Historicamente, a manifestação da sexualidade ocorreu conforme o interesse da sociedade, sendo a família e a religião, consideradas por Chauí (1991), fortes mentores desse processo. A religião chegou a preconizar a extinção do desejo e a valorizar o casamento, exclusivamente, para a procriação.

No século XX, ocorreu uma liberação sexual, marcada por atitudes e comportamentos relacionados à expressão da sexualidade; questões envolvendo a dimensão sexual do ser humano passaram a ser discutidas entre as pessoas, inclusive, com aumento dos estudos na área, principalmente, após o surgimento e

propagação da Aids em todo mundo. Para Saito (1996), a Aids é a nova relação de poder em torno da sexualidade que se associa à idéia de morte, sendo que a sexualidade tem significado de manifestação da vida.

Mesmo diante dessa liberação, a religião continua determinando o comportamento das pessoas de acordo com seus preceitos morais. Porém, suas normas não estão sendo seguidas por muitos adeptos devido à incongruência com a realidade cotidiana atual. Jablonski (1998) argumenta que permanece em nossa cultura a ignorância, pois faltam informações corretas sobre a sexualidade.

Quanto à presença de crenças, credices e tabus dentro do assunto sexualidade, Jablonski (1998), em seus estudos, destacou que crenças são tudo o que sabemos ou que têm uma convicção íntima sobre um determinado objeto ou que julgamos saber e credices são crenças sem fundamento objetivo, caracterizadas como crenças absurdas, contrariando asserções científicas, que sejam transmitidas por via oral. Para Cavalcanti e Cavalcanti (1996), credices sexuais são informações sem fundamento sobre assuntos sexuais e tabus sexuais são idéias proibidas a respeito da atividade sexual.

Portanto, se relacionarmos todo o processo de socialização e suas influências sobre a manifestação da sexualidade com as definições de sexualidade, apresentadas anteriormente, concordamos com a literatura que a sexualidade para cada um é normal quando a pessoa está bem consigo e com o outro (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTERS; HOHNSON, 1982).

Para Cavalcanti e Cavalcanti (1996) do ponto de vista biológico, a sexualidade é 'normal' quando o nosso organismo está em perfeito funcionamento e respondendo a todas as fases da resposta sexual, como será discutido adiante. Sob o ponto de vista psicológico, a sexualidade está 'normal' quando estamos satisfeitos

com o próprio comportamento sexual e com o comportamento sexual de sua parceria. Sob o ponto de vista sociológico, é considerada 'normal' quando as suas práticas sexuais são aceitáveis pela sociedade. Respectivamente, para esses autores, a denominação dos desajustes consiste em disfunção sexual, inadequação sexual e desvio sexual.

Logo, a pessoa portadora de um desvio sexual (parafilia) pode se sentir perfeitamente adequada e feliz, embora não esteja dentro das normas sociais. Num casal sadomasoquista, por exemplo, os parceiros podem se sentir satisfeitos e felizes. Mas quando o desvio sexual provoca um problema social, por exemplo um caso de pedofilia, é mais fácil a conclusão da anormalidade.

Quando uma pessoa, durante a vida, conduz seu padrão sexual considerado, por ela e por sua parceria como normal, isso não deve ser classificado como problema. Quando algo começa a lhe preocupar, seja influenciado por valores, atitudes, crenças, comportamentos ou limitações, a pessoa pode entrar num conflito interno, que resulta numa insatisfação ou preocupação da manifestação de sua sexualidade, caracterizando um problema.

Nestes casos, a pessoa pode vivenciar um conflito envolvendo valores ou um conflito de papel que, segundo Hogan (1985), caracteriza-se pela contradição entre a percepção individual do papel sexual e a percepção do papel sexual atribuído.

Baseado nesta vertente de preocupação com a própria sexualidade, a NANDA apresenta o diagnóstico de enfermagem “**Padrões de sexualidade ineficazes**” (*Ineffective sexuality patterns*), definido como sendo “expressões de preocupação quanto a sua própria sexualidade” (NANDA, 2001, p.169).

A palavra ineficaz (*ineffective*) é um descritor ou modificador (eixo 6) que está especificando o significado do conceito diagnóstico Padrões de Sexualidade. Segundo Houaiss (1997), a palavra *effective* significa eficaz. Por sua vez, significa eficiente, útil, que produz muito (BUENO, 1996; MICHAELIS, 1998).

Por conseguinte, a diferença entre eficaz e eficiente é explicada por Bio (1996): eficácia é a relação entre resultados pretendidos e resultados obtidos, ou seja, trata-se da solução certa para determinado problema ou necessidade. Eficiência é a relação entre volumes produzidos e recursos consumidos; trata-se do modo certo de fazer as coisas.

Esse autor cita dois diferentes remédios como exemplo: A e B; se os dois produzirem o efeito esperado são eficazes, mas A será mais eficiente que B, se produzir o efeito esperado com uma dose menor que a requerida por B.

A NANDA (2001, p.244) define o descritor eficaz como o “que produz efeito pretendido ou esperado” e o ineficaz como o “que não produz o efeito desejado”.

Desta forma, a pessoa portadora do diagnóstico de enfermagem, “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, irá demonstrar uma preocupação ou, até mesmo, uma infelicidade em relação a sua sexualidade, porque não obtém o resultado esperado.

3.2.1 Disfunção Sexual

Vimos que a sexualidade humana é um fenômeno complexo que tem três dimensões — biológica, psicológica e social — inter-relacionadas e inseparáveis. Portanto, uma alteração em uma destas áreas, conseqüentemente, produzirá alterações nas outras. Em outras palavras, uma mudança na função sexual, por

exemplo, decorrente de um processo de doença, produzirá mudanças na saúde sexual do indivíduo.

Durante todo o ciclo vital do ser humano, fisiologicamente, o organismo passa por transformações físicas e psicológicas que comprometem os aspectos biopsicossociais que envolvem a sexualidade.

O aspecto biológico que envolve a sexualidade refere-se a capacidade de um indivíduo de dar e receber prazer sexual, portanto, engloba o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana. Kaplan (1977) defende que para o funcionamento sexual adequado é necessário, primeiramente, a integridade dos órgãos genitais. Por sua vez, Hogan (1985) acrescenta a integridade do sistema endócrino, vascular e sistema nervoso.

O aspecto psicológico refere-se a identidade de gênero, já discutida anteriormente, e a auto-imagem sexual que se caracteriza por imagens que as pessoas têm de si próprias como homens e mulheres, influenciados pela imagem corporal, que é a imagem mental que se tem do eu físico (HOGAN, 1985).

O aspecto sócio cultural envolve o papel social de gênero e o sexual. O papel social se refere ao comportamento de uma pessoa, segundo a expectativa dos grupos que essa pessoa faz parte. O papel sexual, como já explicado, é o modo que a identidade de gênero é retratada aos outros ou a si mesmo. Nesta relação com o meio social, inclui o relacionamento sexual que se caracteriza pelas relações interpessoais que temos com os outros e em que partilhamos a atividade sexual. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTERS; JONHSON, 1982).

Sabendo em que consiste a identidade e o papel sexual, a partir desse momento, será abordado, a função sexual que se manifesta sob a forma de

resposta fisiológica. Uma mudança nessa função pode ocorrer em diferentes fases da resposta sexual.

Os componentes da resposta sexual humana foram inicialmente estudados por Havelok Ellis em 1897, que determinou duas fases: a tumescência e a detumescência. Ellis estudou nestas fases apenas o potencial energético sexual dispensado em cada uma delas, em nenhum momento citou em seu estudo a realidade do mecanismo vasocongestivo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

A partir do estudo de Ellis e de observações clínicas, em 1956 o urologista James Seaman separou a 'impotência ejaculatória' de todos os distúrbios sexuais masculinos, inclusive, com tratamento específico para ejaculação prematura (KAPLAN, 1983).

Os precursores a conhecer a fisiologia sexual, na sua totalidade e a determinar a resposta sexual humana como uma função biológica natural, foram William Masters e Virginia Johnson. Ambos observaram em laboratório o comportamento sexual da mulher e do homem e o resultado culminou na divisão das fases genitais da resposta sexual em quatro estágios: excitação, platô, orgasmo e resolução. Para Masters e Jonhson, a Excitação caracteriza-se pelo ímpeto de sensações eróticas e pela obtenção, no homem, da ereção e na mulher, da lubrificação vaginal. O Platô é o estado mais avançado da excitação, antecede o orgasmo. O Orgasmo é definido como o prazer mais intenso das sensações sexuais. E o estágio da Resolução completa o ciclo da resposta sexual, caracterizando o retorno do organismo às condições basais (KOLODNY; MASTERS; JONHSON, 1982).

Foi por meio deste estudo, partindo de várias observações, que estes pesquisadores concluíram que a resposta fisiológica aos estímulos eróticos não se delimita apenas à área genital.

Posteriormente, em 1974, Helen Kaplan atualizou a classificação de Ellis e introduziu a era bifásica da sexualidade humana, composta de excitação e orgasmo. A partir dessa descoberta, vários estudos comprovaram que a separação das desordens da fase da excitação e do orgasmo tinha diferentes causas, portanto, diferentes tratamentos clínicos. Até então, Kaplan argumentou que todas as disfunções sexuais eram vistas clinicamente como uma só identidade e, portanto, tratadas da mesma maneira (KAPLAN, 1977).

Foi em 1979 que esta autora adquiriu melhor compreensão da resposta sexual e de suas disfunções, com o reconhecimento de uma terceira fase, que se denominou desejo sexual. Desta forma, a resposta sexual ficou composta de três fases separadas – desejo, excitação e orgasmo. Porém, estas fases são distintas, mas interligadas entre si, inclusive, a autora defende que uma fase pode até sofrer uma inibição, mas o funcionamento da outra pode continuar normalmente. Cada uma dessas fases pode ser influenciada por múltiplos fatores físicos e/ou psíquicos, produzindo desordens que respondem a diferentes tratamentos (KAPLAN, 1983).

Após tais descobertas na área sexual, observa-se que existe uma relação entre as fases genitais da resposta sexual de Masters e Johnson e as fases fisiológicas da resposta sexual de Kaplan: os estágios de excitação e platô correspondem à fase de excitação em seus diferentes graus. O desejo não faz parte do esquema de Masters e Johnson por não apresentar manifestações orgânicas, visto que esses autores descreveram as fases genitais da resposta

sexual. Já a resolução não faz parte do esquema de Kaplan (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

Kaplan e outros autores definiram que uma disfunção sexual se caracteriza por um desajuste total ou parcial em uma dessas três fases da resposta sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

O desejo sexual, assim denominado por Kaplan, ou também conhecido como libido, ou ainda chamado de apetência por Cavalcanti e Cavalcanti (1996), ocorre sob a forma de sensações específicas que levam o indivíduo a buscar ou receber experiências sexuais. Essa fase é considerada subjetiva, pois não apresenta nenhuma manifestação orgânica, ou seja, tem um comportamento encoberto (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

Fisiologicamente, o desejo sexual só ocorre pela ação de hormônios sexuais a partir de um estímulo. No macho, esse desejo pode ser despertado pelo odor, visão e outras pistas sensoriais, como o ferormônio. Já na fêmea, ocorre através da presença de um macho sexualmente ativo e interessado. Acredita-se, ainda, que o desejo sexual deva estar anatomicamente e/ou quimicamente ligado ao centro da dor, pois, a dor tem capacidade de inibir o desejo sexual (KAPLAN, 1983).

A inibição desta fase se evidencia tanto no homem quanto na mulher por libido reduzida. Cavalcanti e Cavalcanti (1996) denominam esta disfunção de inapetência sexual; para Kaplan (1983) é distúrbio do desejo e para Kolodny; Masters; Jonhson (1982) é desejo sexual inibido.

Segundo o Comitê de Nomenclatura da Associação de Psiquiatria Americana, citado por KAPLAN (1983), as disfunções sexuais são classificadas

conforme o conceito trifásico da resposta sexual reconhecendo, assim, a inibição do desejo sexual, como entidade clínica que se refere às situações de libido anormalmente baixa em que a etiologia aponta para fatores psíquicos. Quando não há causa determinada, recebe o nome de desejo sexual hipoativo.

As causas da diminuição do desejo sexual podem ser tanto por fatores fisiológicos quanto por psicológicos. KAPLAN (1983) apresenta como fatores fisiológicos mais comuns: a depressão; os estados graves de estresse; o baixo nível do hormônio testosterona; certas drogas, como os narcóticos e algumas doenças como a diálise renal.

Os fatores psicológicos, apresentados por essa autora, são designados como 'mecanismo de desligamento', caracterizados por situações de perigo ou emergência, focalização de idéias negativas, por exemplo, um comportamento inaceitável do parceiro, concentração nas características menos atraentes da parceira, como a obesidade ou nas desvantagens da situação, como o tempo que vai levar para o orgasmo e distração com idéias ou atividades assexuais, como dinheiro, filhos ou trabalho. Todas estas e outras situações implicam inconscientemente em diminuição ou ausência do desejo, criando uma barreira perceptiva aos estímulos sexuais.

Os clientes com inibição do desejo sexual sentem uma certa ansiedade relacionada ao sexo e um sentimento de fuga contra o(a) parceiro(a) sexual. KAPLAN (1983) descreve que essa ansiedade inicia-se à simples perspectiva de sexo ou quando se manifestam as sensações iniciais do desejo ou do interesse erótico pelo(a) parceiro(a); esses primeiros movimentos são considerados pelo cliente como ameaçadores.

Há aqueles que frente a uma situação de carícias brandas e amorosas da parceria sexual evocam o prazer, mas ao mesmo tempo, essas sensações prazerosas são substituídas por idéias e sentimentos negativos, tornando a pessoa embaraçada, tensa, irada ou ansiosa, chegando até mesmo a uma rejeição da parceria e há os que não experimentam sensação, sejam elas prazerosas ou negativas, são pessoas que funcionam durante a relação sexual apenas genitalmente (KAPLAN, 1983).

Apesar de Kaplan afirmar que a inibição de uma fase da resposta sexual não atrapalhará as fases sucessivas, há de convir que uma pessoa com diminuição do desejo não se sentirá “excitada” ou interessada por uma atividade sexual. Além disso, não experimentará o impulso de buscar experiências ou fantasias relativas ao sexo. Durante o ato sexual poderá ter um prazer transitório, limitado ao órgão genital.

Estas desordens do desejo sexual podem ser primárias ou secundárias. As primárias caracterizam-se por impulso sexual constitucionalmente baixo durante toda a vida e de certos estados doentes, como a depressão crônica. As secundárias são aqueles em que o impulso sexual apresenta-se baixo, após ter um desenvolvimento sexual considerado normal, podendo ser causada, como visto anteriormente, por fatores físicos ou crises psicológicas, por exemplo, um estresse não relacionado ao sexo, como a perda de um emprego (KAPLAN, 1983).

Cabe lembrar que estas desordens podem ser situacionais, conhecidas como inibição psicogênica do desejo sexual, caracterizadas pela presença do desejo apenas em situações psiquicamente ‘seguras’, por exemplo, um homem sentir prazer com prostitutas, porém apresentar inibição com sua mulher (KAPLAN, 1983).

As desordens do desejo sexual implicam em um sinal crucial que se caracteriza por baixa frequência de atividade sexual.

A excitação, segunda fase da resposta sexual, é produzida fisiologicamente pela reação miotônica e pela vasodilatação reflexa dos condutos sanguíneos genitais, manifestada pela intumescência dos órgãos sexuais, distendendo e modificando a sua forma, adaptando-os à função reprodutora e assumindo diferentes formas em cada sexo.

No homem, a excitação se manifesta pelo aumento do tamanho testicular, devido a vasodilatação profunda, constrição do escroto e, principalmente, pela ereção do pênis (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

A ereção é um fenômeno vasocongestivo local e que independe da vontade própria. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1996), a fisiologia da ereção, no que compete ao mecanismo vascular, compreende quatro fases sucessivas. Inicialmente, ocorre o relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos, proporcionando a dilatação das artérias penianas e aumento do fluxo arterial, conseqüentemente, acaba preenchendo as aréolas cavernosas relaxadas. O aumento destas aréolas provoca a contração ativa das veias, dificultando o retorno venoso, caracterizando a ereção propriamente dita. Finalmente, há uma redução do fluxo arterial e da compressão das veias e o pênis volta a sua flacidez.

A ereção também envolve o mecanismo neuropsíquico, podendo ser desencadeada por estímulos físicos sobre o pênis, caracterizando a ereção reflexológica ou por estímulos provenientes de fantasia sexual, que é a ereção psicogênica.

A ocorrência da ereção reflexológica depende, primeiramente, das terminações sensitivas localizadas no órgão genital masculino, que capta os estímulos sensitivos e os transmitem para o centro medular da ereção (região sacral). A partir daí, o impulso nervoso é conduzido para o gânglio visceral e deste para os efetores penianos (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

A ereção psicogênica é coordenada pelos centros sexuais superiores através das fibras nervosas que ligam estes centros aos centros encefálicos que atuam sobre a medula, especificamente, na região toraco-lombar, estimulando ou inibindo as respostas eréticas (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

Em resumo, percebe-se que o cérebro controla a conduta sexual do homem e o mecanismo vascular controla a ereção peniana propriamente dita.

Uma desordem na excitação masculina recebe o nome de disfunções eréteis (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996) e de impotência (KAPLAN, 1983; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982; TRIMMER, 1980). Caracteriza-se pela dificuldade de alcançar ou manter a ereção e pela diminuição da excitação subjetiva, concomitantes ou não (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; WOODS, 1995).

Essa disfunção pode ocorrer em associação ou não com distúrbios da libido ou da ejaculação. Porém, para Kaplan (1983), normalmente, um homem com disfunção erétil pode se sentir estimulado e chegar a atingir o orgasmo, mas Cavalcanti e Cavalcanti (1996) reforça que isso só acontecerá mediante uma estimulação erótica adequada e progressiva.

Dentre os mais freqüentes fatores físicos causadores da disfunção erétil, têm-se fadiga, tensão, diabetes quando diagnosticado tardiamente, nível baixo de andrógeno, doença debilitante não específica, determinadas anomalias

genéticas e congênitas, como a síndrome de Klinefelter e a de Turner, problemas cardiovasculares, urológicos e neurológicos, como tumores ou esclerose múltipla ou que prejudiquem a parte inferior da coluna, procedimentos cirúrgicos em nível prostático e uso de narcóticos, álcool e medicação estrogênica e parassimpaticolítica (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).

Quando a causa da disfunção erétil é de origem psicológica, surge a ansiedade que se manifesta durante o ato sexual, ou seja, ansiedade de desempenho. Na realidade, o homem impotente tem, em sua mente, o objetivo do desempenho, ao invés, do prazer; com isso, a ereção é perdida ou não se desenvolve. Kaplan (1983) ainda argumenta que a presença da impotência significa que os mecanismos de defesa não estão sendo eficazes.

O sentimento de possível inibição da ereção pode ser fator negativo e prejudicial à excitação. Dessa forma, dependendo da intensidade, a ansiedade pode acabar interferindo na atividade sexual. Kaplan (1977) coloca que não se pode esperar que o mecanismo da ereção esteja em pleno funcionamento, mediante o uso de fortes sedativos, durante situações de doença ou tensão.

Além disso, nos dias de hoje, a mulher tem uma maior liberdade sexual, o que resulta diretamente em maiores exigências sexuais em relação aos homens, passando a intimidá-los, provocando um dos maiores fatores de ansiedade (CORREIA, 1997).

Quanto à classificação, a disfunção estéril pode ser primária ou secundária. A primária se caracteriza por aqueles casos em que nunca apresentou ereção com uma parceria sexual, podendo ter ereções somente com a masturbação ou ereções espontâneas e a secundária é aquela que por algum

motivo cessaram as ereções, após vivenciar um funcionamento considerado adequado.

A literatura argumenta que temores reais de desempenho e insegurança são passíveis de se eliminar, nos casos de disfunção erétil, conflitos profundos e intensos, enraizados desde o período da infância são de difícil terapêutica.

Com relação à mulher, as manifestações da fase da excitação são afinamento dos grandes lábios nas nulíparas e aumento de volume nas múltiparas, intumescência e rubor dos pequenos lábios, aumento vasocongestivo do corpo do clitóris e do útero, umidificação ou lubrificação vaginal e aumento no comprimento do canal vaginal (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

Fisiologicamente, nesta fase, o aumento do volume da glândula do clitóris e do diâmetro de seu corpo, o aumento do tamanho do útero e a alteração da cor e volume da vagina são controlados pelo mecanismo vasocongestivo; quando a excitação chega no seu auge há uma retração do clitóris, caracterizando a reação miotônica.

A disfunção, nesta fase, denomina-se alterações na lubrificação vaginal, caracterizando pela diminuição na lubrificação e intumescência vaginal durante a relação sexual e na diminuição da excitação subjetiva (WOODS, 1995).

Estas desordens podem ocorrer independente ou concomitantemente com uma inibição secundária do desejo, decorrente da experiência dolorosa e incômoda do coito com a vagina seca e não distendida (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

As alterações na lubrificação vaginal podem ocorrer por fatores físicos ou psicológicos. A resposta feminina parece menos vulnerável aos fatores físicos do

que os homens, por exemplo, enquanto o homem pode apresentar a disfunção erétil como primeiro sinal de diabetes tardiamente identificado, a mulher só é afetada quando a doença estiver em um estado avançado, mesmo assim, o acometimento ocorre não especificamente por diminuição ou falta de lubrificação vaginal e, sim, pela alta concentração tissular de glicose, favorecendo o crescimento de microrganismos patógenos, tendo como consequência a dispareunia.

As alterações na lubrificação vaginal decorrentes de fatores psicológicos, também envolvem a ansiedade, porém de uma maneira menos complexa que a dos homens. Os fatores mais comuns, que podem despertar reações emocionais prejudiciais ao relaxamento no momento de praticar a relação, caracterizam-se por medo de não atingir o orgasmo, auto-observação durante a relação sexual, resistência em comunicar seus desejos eróticos ao parceiro e dificuldade em desenvolver autonomia sexual (KAPLAN, 1983).

Independente do sexo, todas as alterações dessa fase são possíveis de tratamento, desde que se remova a causa do problema e estabeleça harmonia entre as dimensões física e psicológica do indivíduo.

A última resposta sexual, o orgasmo, denominada por Kaplan de reação orgásmica, em ambos os sexos, caracteriza-se por contrações musculares reflexas, manifestadas pela sensação de prazer sexual.

O orgasmo caracteriza-se por um reflexo biológico, com fenômenos físicos definidos e por um componente psicológico com sensação de prazer na fase máxima da tensão sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

No homem, o orgasmo está associado ao reflexo da expulsão do esperma, conhecida por ejaculação, composta pelas fases da emissão e da

expulsão. Vale a pena ressaltar que há orgasmo sem ejaculação e ejaculação sem orgasmo, caracterizando-se como dois fenômenos independentes e coordenados.

A fase da emissão consiste na contração reflexa dos músculos lisos do canal deferente, das vesículas seminais e da próstata, cujo objetivo é depositar um fluido seminal na uretra prostática, provocando um aumento de volume do bulbo cavernoso do pênis e uma sensação de inevitável ejaculação, caracterizando uma resposta que não causa prazer (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1983).

Na fase da expulsão ou ejaculação ocorrem contrações rítmicas dos músculos estriados, bulbo-cavernosos e isquicavernosos, cujo efeito é expelir o fluido seminal para o meio externo, em uma série de jatos. Essa é uma resposta que causa o prazer orgásmico (KAPLAN, 1983).

Com isso, as alterações fisiológicas decorrentes dessa fase da resposta sexual persistem na elevação testicular máxima e na sensação pélvica de prazer centrada no pênis, na próstata e nas vesículas seminais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

As disfunções na fase do orgasmo, segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1996), denominam-se anorgasmias. No homem denominam-se disfunções ejaculatórias, subdividindo-se em ejaculação precoce e ejaculação bloqueada.

Para Kaplan (1983), a ejaculação precoce denomina-se ejaculação prematura ou controle ejaculatório inadequado e a ejaculação bloqueada recebe o nome de ejaculação retardada. Para Kolodny; Masters; Jonhson (1982), a ejaculação bloqueada é intitulada como incompetência ou incapacidade ejaculatória e para Trimmer (1980) é impossibilidade de ejacular.

A ejaculação precoce caracteriza-se pela incapacidade de continência voluntária sobre o reflexo ejaculatório, ou seja, quando o homem ejacula demasiadamente rápido. Já a ejaculação bloqueada, caracterizada pela incapacidade de ejacular durante a atividade sexual ou a necessidade de um maior período de tempo para ejacular, mesmo na presença dos estímulos adequados. Segundo Kaplan (1977), há casos que a inibição pode ocorrer apenas na fase ejaculatória e não atinge a emissão, porém o homem pode ter um derramamento de sêmen durante o clímax, mas não sente prazer.

A queixa de um ejaculador precoce chama-se rapidez do orgasmo. Alguns homens com esse tipo de ejaculação, quando excitados, podem ou não perceber sensações eróticas, às vezes, não há tempo suficiente. KAPLAN (1977) descreve que a ansiedade de um homem com este problema sobre sua capacidade sexual pode destruir a vida sexual do casal, normalmente, este homem fica insensível e não atende às expectativas da parceira referente as carícias, devido a possibilidade de ficar excitado e forçado a terminar abruptamente a relação sexual. Com isso, a mulher pode se sentir rejeitada em decorrência desse tipo de comportamento.

Há homens que não se importam em atingir o orgasmo rápido pois continuam tendo o seu prazer sexual, mas há os que ficam extremamente angustiados com a situação e procuram tratamento médico. As maiores conseqüências desse tipo de ejaculação são as sensações de inadequação sexual e sentimento de culpa pela falta de prazer da parceria sexual (KAPLAN, 1977).

As causas de uma ejaculação precoce, como todas as outras disfunções, se classificam em físicas e psicológicas. As físicas podem ser decorrentes de algumas anomalias congênitas, como a Síndrome de Kallmann ou doenças que atingem os nervos da medula espinhal, nervos periféricos ou centros nervosos

superiores, por exemplo, esclerose múltipla ou distúrbios neurológicos degenerativos. As causas psicológicas são de caráter individual, ou seja, variam de paciente para paciente; mas as mais freqüentes são traumas de infância, primeiras experiências sexuais traumáticas e sistema conjugal inseguro com sentimento de medo e rejeição (KAPLAN, 1977).

Quanto à ejaculação bloqueada, o homem tem ereção, mas é incapaz de ejacular ou necessita de maior tempo. Sua principal característica é a tensão sexual provocada pela ausência do alívio orgásmico, apesar da estimulação recebida para disparar o reflexo orgásmico não consegue atingi-lo. Há aqueles que não conseguem ejacular frente à situações específicas que provocam ansiedade e outros nunca são capazes de atingir o orgasmo durante o coito, apesar dos esforços (KAPLAN, 1977).

Kaplan (1977) denomina de ejaculadores retardados primários aqueles que desde a primeira relação sexual nunca tiveram orgasmo durante o coito, somente de maneira extravaginal; ejaculadores retardados secundários, aqueles que tinham um funcionamento considerado normal e que por algum motivo deixou de ter orgasmo e os que apresentam uma incapacidade ejaculatória parcial, cuja integridade da fase da emissão, causa uma inevitável sensação de ejaculação, porém, não tem sensação orgásmica, ocasionando a saída do sêmen para o meio externo sem pressão, ou seja, sem jatos.

As causas físicas se restringem ao uso de certas drogas que prejudicam o mecanismo adrenérgico do sistema nervoso simpático e algumas anti-hipertensivas, além da presença de doenças que destruam qualquer parte do aparelho neurológico que auxilia a ejaculação. As causas psicológicas englobam fatores traumáticos, como por exemplo uma educação religiosa rigorosa que conduzem a sentimentos de

culpa sexual, conflito originado por Complexo de Édipo não resolvido, raiva forte reprimida, medo de abandono pela parceria sexual e situações de flagrantes durante uma relação sexual. Todos estes fatores agem de uma maneira condicionada, involuntária e inconsciente (KAPLAN, 1977).

Na realidade, estas causas provocam traumas que, por sua vez, conduzem a uma tensão sexual que desencadeia um processo inibitório automático e incontrolável que impede a descarga reflexa. Assim como ocorre quando uma mãe está na fase de amamentação do seu filho, um fator emocional pode desencadear o processo inibitório de produção e ejeção do leite materno.

Na mulher, o orgasmo é semelhante à fase de ejaculação do homem. Manifesta-se por um quadro miotônico, onde ocorre a contração dos músculos isquiocavernosos provocando a retração do clitóris, manutenção da elevação do útero na pequena pelve iniciada na fase da excitação e expansão lateral da vagina. No terço externo da vagina ocorre a formação da plataforma orgásmica, pela ação do mecanismo vasocongestivo, ocasionando a redução da luz vaginal. O exato momento do orgasmo caracteriza-se pelas contrações intensas desta plataforma orgásmica.

Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1996), as disfunções desta fase denominam-se de anorgasmias. Para Kaplan (1977) trata-se de disfunção orgásmica. Esta autora descreve que este tipo de disfunção na mulher é análoga à ejaculação retardada do homem, podendo variar de total anorgasmia a leves dificuldades situacionais para atingir o clímax.

Este tipo de disfunção na mulher é classificada como primária, aquela que nunca experimentou orgasmo ou como secundária, que caracteriza-se por período em que não consegue atingir o orgasmo após um funcionamento considerado

adequado. Pode ser ainda classificada como absoluta, caracterizada por não conseguir atingir o orgasmo nem no coito e nem fora dele ou situacional, quando o orgasmo é atingido em circunstâncias específicas (KAPLAN, 1977). A mulher que não consegue ter orgasmo, pode, normalmente, apresentar desejo e excitação sexual.

O orgasmo feminino é conceituado como um reflexo de difícil avaliação clínica, pois não é possível determinar o nível esperado de intensidade e duração do estímulo para produzir um orgasmo numa mulher. Sendo assim, os conceitos de normalidade e de patologia do orgasmo feminino devem ser avaliados a partir da experiência da mulher.

As mulheres com disfunção orgásmica podem adaptar-se normalmente com o fato de serem incapazes de atingir o orgasmo ou ficar angustiadas e antecipar o fracasso, podendo até mesmo provocar outros distúrbios associados ou, ainda, ter raiva do seu fracasso crônico para atingir o clímax.

As causas físicas de uma disfunção orgásmica só ocorrem em doenças neurológicas, endocrinológica ou ginecológica do tipo grave, que tenham destruído a base física do orgasmo. A grande maioria dos casos tem causa psicogênica, que vão desde conflitos inconscientes até o medo de perder o controle sobre as sensações frente ao parceiro (KAPLAN, 1977).

Este tipo de disfunção pode gerar na mulher sentimentos do tipo medo de ser abandonada ou rejeitada, conflito do papel da mulher entre dependência e independência, sentimento de culpa em relação a sua sexualidade, hostilidade ao parceiro e sentimento de incapacidade em relação aos seus deveres nas relações sexuais (KAPLAN, 1977).

Apesar de todos estes sentimentos, existem muitas mulheres que não apresentam ou nunca apresentaram um orgasmo e nem por isto procuraram por tratamento clínico. Isto é freqüente em nossa sociedade, visto que o orgasmo, abrange um terceiro componente, que é o sociológico (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

A sociedade, valoriza os aspectos reprodutivos como finalidade básica do ato sexual, com isso, a ejaculação no homem tem muito mais significado do que o orgasmo feminino que não tem influência sobre a função reprodutiva (KOLODNY; MASTERS; JONHSON, 1982).

Hoje, pode-se afirmar que a sociedade ultrapassou esta concepção, pois os homens querem e esperam que sua parceira sexual atinja o orgasmo. Como defende Cavalcanti e Cavalcanti (1996, p.115), a maioria dos homens não fazem isso para atender as necessidades femininas, mas sim porque aumenta o prazer subjetivo deles, “fazendo-os sentir mais homens”.

Apesar da maior liberdade sexual que vivem as mulheres na atualidade, nem sempre elas têm a liberdade de expressar ao seu parceiro a inadequação da estimulação sexual antes ou durante o coito. Adicionado a isto, também existe uma falta de sensibilidade do parceiro em saber em que fase genital a mulher se encontra durante o ato sexual, para saber do que mais necessita naquele momento para atingir o orgasmo.

Segundo a NANDA (2001), a definição do diagnóstico de enfermagem “**Disfunção Sexual**” (Sexual dysfunction) ficou compreendida como “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2001, p.95).

As disfunções sexuais, como pôde ser visto, ocorrem conforme as fases da resposta sexual e são denominadas utilizando-se diferentes terminologias, tais como: “bloqueio” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996); “desordem” (KAPLAN, 1977); “perturbação” (KOLODNY; MASTERS; JONHSON, 1982) e “problemas sexuais” (TRIMMER, 1980).

3.2.2 Influências da Doença e da Terapêutica sobre a Sexualidade

A doença e sua terapêutica podem comprometer um ou mais sistemas do organismo, influenciando na sexualidade. Somando-se a isso, a doença não pode ser vista como um fator que compromete apenas o aspecto biológico que envolve a sexualidade, mas, também, como um fator que compromete o psicológico e o sociocultural, concomitantemente ou não.

No aspecto psicossocial destacam-se influências na auto-imagem, na auto-estima e no papel social e sexual. Por sua vez, estes distúrbios refletem e reforçam reações no relacionamento com outras pessoas, bem como no componente biológico da resposta sexual humana.

É sabido que, se uma pessoa estiver com depressão, seus efeitos na sexualidade podem incluir um baixo nível de energia, perda da libido ou energia sexual, possível disfunção erétil ou perda da capacidade de ter orgasmo, além de insônia, distúrbio do apetite e distúrbios psicológicos que refletem em estado sexual, possível disfunção erétil ou perda da capacidade de ter orgasmo, além de insônia, distúrbio do apetite e distúrbios psicológicos que refletem em estado emocional debilitado e alteração do estado de humor. Caso esteja fazendo uso de anti-depressivos, provavelmente, ocorrerá a melhora do humor e do interesse do cliente para as atividades diárias e, até mesmo, para as atividades sexuais, porém, alguns

agentes dessas drogas provocam efeitos negativos na resposta biológica da sexualidade, como disfunção erétil e dificuldade ejaculatória (KAPLAN, 1983; WEBB, 1985).

No que diz respeito à doença, não é só a depressão que afeta a sexualidade humana, qualquer aspecto do ser humano que conduza ao afastamento do seu padrão de normalidade de saúde pode ter influências não desejadas pela pessoa na área sexual.

A pele, por exemplo, tecido que reveste o corpo do ser humano, pode influenciar na sexualidade de uma pessoa de forma indireta. Ao olhar para cada segmento corporal de uma pessoa, primeiramente, se vê a pele que reveste aquela região. Pessoas com problemas dermatológicos, seja agudo ou crônico, na maioria das vezes, sentem-se insatisfeitas com sua aparência, conseqüentemente, apresentam sua atratividade física comprometida com a parceria sexual ou pessoas de seu convívio.

Além disso, as pessoas de um modo geral acham que todas as doenças dermatológicas são contagiosas e, por isso, evitam o contato direto com os portadores desse tipo de patologia. Dessa maneira, observam-se influências na sexualidade tanto por parte do portador da patologia, quanto pela pessoa com quem se relaciona.

Problemas cardiovasculares, também, afetam indiretamente a sexualidade, trazendo como conseqüência o surgimento de seqüelas psicossociais que podem alterar a atividade, os papéis e os relacionamentos sexuais. Os estudos de Masters e Johnson citados por Kolodny; Masters; Johnson (1982) comprovaram que, fisiologicamente, durante a atividade sexual ocorre uma mudança na frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial. Mesmo considerando que, estas alterações

podem variar a intensidade de pessoa para pessoa, num problema cardiovascular, como o Infarto Agudo do Miocárdio, pode ser muito prejudicial no momento da atividade sexual.

Além disso, pessoas que tiveram Infarto ou outras doenças coronarianas, podem sofrer alterações no relacionamento sexual decorrente do medo do esforço físico e da ansiedade. Hogan (1985) acrescenta que pode levar a dependência, incapacidade e inatividade, com resultados ameaçadores à auto-estima e identidade sexual. A mesma autora ressalta que junto com a baixa auto-estima vem o medo do desempenho sexual.

A dependência, nestes casos, pode acontecer tanto por parte da própria pessoa acometida pelo Infarto ou qualquer outra doença coronariana, quanto das pessoas com quem se relaciona no dia a dia, principalmente, pela parceria sexual, sendo visto como uma pessoa incapaz ou incompetente para desempenhar as atividades diárias. Hogan (1985) descreve que entre vários fatores que contribuem para esse processo de desenvolvimento de dependência, o principal deles é a comunicação insuficiente entre o profissional da saúde e o cliente, a respeito do retorno às atividades diárias.

Existem outras condições cardiovasculares que podem acarretar problemas sexuais como, por exemplo, doenças e cirurgias vasculares que podem levar a uma disfunção erétil no homem. Ao contrário do que todos pensam, não é a hipertensão arterial em si que causa problemas sexuais, mas as drogas anti-hipertensivas.

O fato dessas drogas serem bloqueadoras dos impulsos simpáticos, vasodilatadores periféricos e diuréticos, provavelmente, podem provocar alguns efeitos na função sexual, como dificuldade em atingir ou manter uma ereção,

ejaculação bloqueada e diminuição da libido através do efeito depressivo (HOGAN,1985).

O comprometimento da sexualidade, principalmente da atividade sexual, também ocorre em pessoas que sofrem de problemas respiratórios. Uma constante luta para respirar ou falta de habilidade física para conduzir atos sexuais ou, ainda, inabilidade para adaptar uma melhor posição para respirar podem efetivamente reduzir a prática da atividade sexual. Também, deve-se considerar que a fadiga é sempre acompanhada de medo e ansiedade na atividade sexual, devido a maior chance de apresentar uma possível dispnéia em uma das fases da resposta sexual (WEBB, 1985).

Distúrbios no aparelho digestivo também podem alterar a sexualidade de uma pessoa, podendo interferir tanto na aparência física, como ocorre na pessoa que perde seus dentes, quanto na perda de energia decorrente, por exemplo, da presença de vômitos, diarreia e anorexia.

Diversas também são as patologias do sistema endócrino que interferem na função sexual humana, dentre todas, destaca-se a Diabetes Mellitus, que altera a função sexual, podendo provocar disfunção erétil e ejaculação bloqueada nos homens devido a um comprometimento neuropático e nas mulheres alteração da lubrificação vaginal, perda da libido e infertilidade.

Na mulher, alteração da lubrificação vaginal também pode ocorrer devido a neuropatia no clitóris e na vagina ou a microangiopatia da mucosa vaginal (KAPLAN, 1977). Há que se considerar que a mulher portadora de Diabetes pode, também, ter a resposta sexual do desejo comprometida pela facilidade de adquirir infecção por *Cândida albicans*, que resultam em prurido e secura vaginal, conseqüentemente, provocando dor durante a relação sexual.

Como se vê, um único distúrbio endócrino, pode alterar qualquer fase da resposta sexual. Aliás, dificilmente um desequilíbrio hormonal não altera a função sexual de uma pessoa. Hogan (1985) acrescenta que, neste tipo de distúrbio, normalmente, há uma mudança na aparência física, o que dificulta estabelecer relacionamentos com outra pessoa devido a possíveis deformidades ou há alteração de outros sistemas do organismo que, indiretamente, podem afetar a vida sexual do sujeito.

Outro desequilíbrio que interfere a sexualidade é a função neuromuscular prejudicada. Os desequilíbrios neurológicos e músculo-esqueléticos, geralmente, provocam na pessoa uma imobilidade parcial ou total, perda da função muscular, dor e deformidades.

A maioria desses efeitos pode ser presenciado nas lesões medulares. Várias pesquisas tentam explicar os efeitos dessas lesões no organismo do ser humano, mas, ainda, há várias indagações, como as apresentadas por Cavalcanti e Cavalcanti (1996): por quê não são todos os casos de secção de coluna cervical que apresentam ereções reflexológicas? Por quê alguns casos de secção da medula no nível sacral, considerado centro medular da ereção, continuam tendo ereção e outros não? Essas indagações originadas de pesquisas na área demonstram o déficit de conhecimento a respeito do fenômeno da ereção.

Hogan (1985) afirma que o comprometimento das lesões medulares na sexualidade de uma pessoa depende do local em que a medula sofreu a lesão e do seu grau de comprometimento, ou seja, se a lesão foi parcial ou completa. Nos homens, as lesões medulares podem comprometer as três fases respostas sexuais: desejo, ereção e ejaculação e até mesmo a fertilidade. Na mulher, geralmente,

compromete a resposta do orgasmo, porém, a mulher pode tentar obter o prazer sexual a partir de estímulos táteis em outras áreas do corpo, como os mamilos.

Outros quadros de alteração neuromuscular podem influenciar indiretamente a sexualidade, como a incontinência urinária e ou fecal, perda da força muscular, presença de espasmos, contraturas musculares e, até mesmo, presença freqüente de infecções.

É importante destacar que todos esses fatores apresentados também interferem nos aspectos psicológicos e sociológicos da pessoa portadora desse tipo de lesão, provocando sentimentos e preocupações que, por sua vez, influenciam a sexualidade. Geralmente, apresentam sentimentos de vergonha, com interferência na auto-estima e na auto-imagem, podendo culminar em perda perceptível da feminilidade ou da masculinidade, não se sentindo desejáveis pela parceria sexual.

No estudo de Cogswell citado por Hogan (1985), realizado com homens e mulheres adultos que se tornaram paraplégicos, comprovou-se a redução do contato social e o afastamento dos papéis sociais desempenhados por estas pessoas após a lesão.

Em suma, observa-se que a sexualidade das pessoas com lesão medular fica totalmente comprometida, além das alterações físicas e suas conseqüentes complicações, há o acometimento psicológico, podendo prevalecer sentimentos negativos e alteração dos papéis sociais desempenhados na família e na sociedade.

Outras alterações da função neurológica que também afetam a sexualidade são a Esclerose Múltipla e o Acidente Vascular Cerebral. A Esclerose Múltipla é uma doença caracterizada por uma disfunção sensorial e motora e, às vezes, por distúrbio mental e de personalidade. Por afetar pessoas na fase produtiva, acaba interferindo no estilo de vida, principalmente, na vida conjugal.

Além disso, especificamente, no homem pode provocar disfunção erétil e dificuldades ejaculatórias (HOGAN, 1985; WEBB, 1985).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) provoca alteração da auto-estima, bem como da imagem corporal. Dependendo da área cerebral afetada, pode ocorrer alteração visual, tátil e de comunicação, apresentando interferências não só na vida sexual como, também, na social (HOGAN, 1985).

Além dessas alterações neuromusculares, essa autora descreve que alterações sensoriais como a cegueira e a dor também podem afetar a vida sexual de uma pessoa. A cegueira pode comprometer o desejo sexual, principalmente, nos homens e a dor, segundo Kaplan (1983), é uma sensação que inibe a resposta do desejo sexual.

Como se vê, a sexualidade humana pode ser afetada em seus diferentes aspectos por diferentes fatores, dependendo da função do organismo que se encontra comprometida. Assim, problemas na função renal, urogenital e função reprodutiva também podem afetar a sexualidade e seus aspectos.

A interferência na sexualidade mediante problemas na função renal, atingem pessoas portadoras de falência renal, como as que fazem diálise e/ou sofreram um transplante. No caso da mulher, ocorre amenorréia e, na maioria das vezes, diminuição da ovulação. No homem, normalmente, ocorre a diminuição da libido, disfunção erétil e pode diminuir a contagem dos espermatozóides, resultando na infertilidade.

Além disso, Hogan (1985) argumenta que, independente do sexo, pode ocorrer depressão, ansiedade, rancor e ressentimento, principalmente, daqueles que fazem hemodiálise, provocando alteração no relacionamento familiar,

principalmente, pela restrição de um ou mais papéis sociais anteriormente desempenhados.

Quanto aos problemas no sistema urogenital, segundo Hogan (1985), destacam-se as infecções do trato urinário, devido a dor durante a atividade sexual, no homem ocorre durante o ato da ejaculação e na mulher durante a penetração vaginal, decorrente da proximidade anatômica da uretra e da vagina. Sabendo que a dor é um sintoma que inibe o desejo sexual, haverá diminuição da frequência da atividade sexual.

As complicações urológicas também podem ser provenientes da presença de Doenças Sexualmente Transmissíveis que estão intimamente relacionadas com alterações das fases da resposta sexual, principalmente, pela não integridade da área genital, fator primordial para a perfeita harmonia da vida sexual de uma pessoa (KAPLAN, 1977).

As mulheres ainda podem ter sua sexualidade comprometida pelas alterações do sistema reprodutivo, causadas por infecções e tumores ginecológicos que, geralmente, afetam a atividade sexual, incluindo a masturbação, por provocar dor pélvica, dispareunia, lesões genitais e sangramento vaginal.

Como se percebe, todos estes fatores acabam interferindo na sexualidade de modo prejudicial, seja interferindo na resposta biológica da sexualidade, no comportamento e/ou no relacionamento com o outro.

Uma vez que todos os sistemas do organismo interferem na sexualidade, não poderíamos deixar de considerar o sistema hematológico, principalmente, no que se refere às alterações dos elementos figurados do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas.

As alterações mais freqüentes são anemia, neutropenia e trombocitopenia. A anemia não deve ser caracterizada como uma doença, mas um sinal comum e objetivo da presença de doença hematológica, suas manifestações clínicas são decorrentes da redução da capacidade de transporte de oxigênio do sangue e, conseqüentemente, menor oxigenação dos tecidos.

Segundo Zago; Falcão; Pasquini (2001), esta redução pode ser corrigida pelos mecanismos adaptativos do organismo, desse modo, pode não haver sintomas aparentes. Caso estes mecanismos não compensarem o problema, a pessoa entrará num caso de hipóxia, caracterizado por cefaléia, vertigens, tonturas, lipotímia, zumbidos, câibras, claudicação intermitente e angina. Além disso, esses mesmos autores argumentam que, quando a hemoglobina estiver abaixo de 7g/dl, durante um exercício, a pessoa apresentará outros sintomas, dentre eles, a taquicardia.

A presença destes sinais e sintomas podem provocar na pessoa alterações da resposta biológica da sexualidade, influenciando na fase do desejo, excitação e orgasmo. No homem, uma disfunção erétil temporária é comum ocorrer, devido a anemia comprometer o mecanismo vascular.

Além dessas alterações, anemias específicas como a megaloblástica e a falciforme podem acarretar maiores prejuízos à sexualidade da pessoa acometida.

Na anemia megaloblástica, a esterilidade pode comprometer o relacionamento sexual da pessoa que tem a intenção de procriar. Na anemia falciforme, devido às crises vaso-oclusivas, pode ocorrer o acometimento de todos os sistemas do organismo, dependendo do local em que há obstrução dos vasos por múltiplos pequenos trombos formados pelas células falciformes. No pênis este mecanismo pode levar ao priapismo.

Segundo Zago; Falcão; Pasquini (2001), o priapismo impede o homem de participar de uma atividade sexual em decorrência da dor, com isso, as fases da resposta sexual poderão estar comprometidas, principalmente, a do desejo. Ainda, neste tipo de anemia, pode ocorrer o atraso puberal marcado pelo retardo no aparecimento dos caracteres secundários da mulher, podendo levar a infertilidade.

Hogan (1985) ressalta que a infertilidade afeta a sexualidade de um casal por influências totalmente psicológicas provenientes da ansiedade e de sentimentos como raiva ou culpa de um dos parceiros. Além disso, vivem em função do suposto período de ovulação para ter relação sexual, e, quando surge o fluxo menstrual, normalmente ocorre a angústia e a depressão no casal.

A infertilidade normalmente está presente na vida das pessoas portadoras de câncer, que necessitam de tratamento quimioterápico do tipo alquilantes, que se caracterizam por drogas do ciclo celular não-específicas, ou seja, são capazes de destruir células em repouso ou em ativo processo de divisão (BONASSA, 1996).

O câncer é uma doença que afeta várias partes do corpo, exigindo uma terapêutica complexa que, às vezes, acaba sendo devastadora para o organismo. Para Hogan (1985), o diagnóstico de câncer e/ou seu tratamento pode apresentar efeitos adversos sobre a imagem corporal, resposta sexual, relacionamento e papel social e sexual.

É importante ressaltar que a mudança na imagem corporal é um fator marcante na terapêutica do câncer, tanto no tratamento radioterápico quanto no quimioterápico. A radioterapia provoca eritema de pele ou reações agudas do tipo descamação, bolhas que se rompem e formação de úlceras; quando irradiado no couro cabeludo ocorre perda de cabelo e queimadura radioativa. Ressalta-se que a

pele das axilas, virilha, vulva e ânus são especialmente sensíveis à radiação, devido à constante fricção e umidade.

Além disso, a radioterapia pode provocar náuseas, fadiga, mal-estar e fraqueza, fatores que também contribuem para a diminuição do interesse pela atividade sexual.

A radioterapia em mulheres no tratamento de câncer cervical provoca na vagina a perda da elasticidade e da lubrificação, resultando em dispareunia e redução ou abolição da produção hormonal ovariana, ocasionando a cessação da menstruação. No homem, a produção de espermatozóide pode ser inibida, sendo que todas essas alterações podem ser temporárias ou permanentes.

Verifica-se que a radioterapia apresenta efeitos imediatos e tardios sobre a sexualidade, pela alteração da imagem corporal e infertilidade.

As medicações antineoplásicas, usualmente denominadas de quimioterápicos, compostas de um grupo de drogas, cujo princípio ativo consiste em destruir células malignas ou prevenir sua proliferação, agindo em células de rápida proliferação, têm grandes efeitos adversos pela sua inespecificidade de ação, ou seja, atingem tanto os tecidos neoplásicos quanto os tecidos normais do organismo do indivíduo. Os efeitos adversos compreendem complicações imediatas como flebite, alopecia, náuseas e vômitos, diarreia, mucosite e efeitos hematológicos como anemia, leucopenia e trombocitopenia; e tardios como a infertilidade, desenvolvimento de neoplasias adicionais e complicações cardio-pulmonares pelo uso de alguns quimioterápicos (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

Dentre todas as complicações do tratamento quimioterápico, a sexualidade e seus aspectos sofrem maior influência pelas complicações

hematológicas, gastrintestinais, dermatológicas, gonodais, neurotoxicidade, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar e hepatotoxicidade.

Nas complicações hematológicas, a mielodepressão ou a mielotoxicidade constitui-se no efeito colateral mais importante e comum por provocar anemia, plaquetopenia e neutropenia (COUNTERS; HUIJER ABU-SAAD, 1998; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

A neutropenia caracterizada pela supressão da imunidade celular e humoral, ao apresentar uma contagem de neutrófilos menor ou igual a $2000/\text{mm}^3$ de sangue, predispõe o organismo a um risco relativamente alto de se adquirir uma infecção. Neste caso, torna-se necessário o isolamento reverso ou uso de máscara em determinados locais e situações, além de outras medidas de proteção. Conseqüentemente, há influências na sexualidade, principalmente, na prática sexual que certamente terá que sofrer mudanças, referente a proteção da pessoa portadora do câncer em relação à flora bacteriana de sua parceria sexual. Microrganismos, normalmente, não-patogênicos que fazem parte da nossa flora bacteriana, poderão passar a ser patogênicos e até causar a morte. (BONASSA, 1996; HOGAN, 1985; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

Além da neutropenia, tanto a anemia quanto a plaquetopenia podem influenciar na atividade sexual, pelo risco iminente de sangramentos aos menores esforços e atritos.

Nas complicações gastrintestinais podem ocorrer náuseas e vômitos, mucosite ou estomatite, anorexia, diarreia ou constipação. As náuseas, vômitos e anorexia provocam uma sensação de fraqueza no organismo que persiste após o tratamento por mais alguns dias, sendo um fator inibidor do desejo sexual,

diminuindo a freqüência da atividade sexual. Esta sensação também ocorre quando há diarreia.

Segundo Bonassa (1996), a mucosite ou estomatite consiste na resposta inflamatória das mucosas oral e gastrointestinal à ação das drogas quimioterápicas, caracteriza-se por hiperemia, edema, ulceração, dor, sialorréia, queimação e, algumas vezes, hemorragia e infecção secundária.

Frente a essa gama de sintomas, há comprometimento da ingestão de líquidos e alimentos, da comunicação verbal e da higiene oral, resultando em distúrbio na auto-imagem, prejudicando, a sexualidade do cliente.

As complicações dermatológicas podem provocar toxicidade local que inclui a flebite, urticária, dor, eritema, descoloração venosa e necrose tecidual quando há extravasamento; ou toxicidade sistêmica, manifestada por alopecia, alterações ungueais (hiperpigmentação), *rash* cutâneo e dermatites secundárias (BONASSA, 1996; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

A alopecia é descrita como o efeito adverso mais devastador e terrível para a auto-imagem, pois sua perda altera profundamente a aparência física. A auto-imagem, por sua vez, afeta as relações sociais. Nas mulheres mais do que nos homens, a alopecia tem grande influência na resposta sexual do desejo (BONASSA, 1996).

Na vigência de neurotoxicidade as manifestações e o tratamento dependem da droga aplicada, geralmente, provocam confusão, sonolência, depressão, fala pastosa, vertigem e convulsão (BONASSA, 1996).

Como já citado neste trabalho, a depressão é uma grande inimiga da vida sexual de uma pessoa, ocasionando diminuição do desejo sexual, possível

impotência ou perda da capacidade de apresentar orgasmo (KAPLAN, 1983; WEBB, 1985).

A cardiotoxicidade manifesta-se, geralmente, após doses repetidas de drogas quimioterápicas. Pode ocorrer a toxicidade aguda, caracterizada, principalmente, por alteração de pulso, pressão arterial e queixa de mal-estar ou pode ocorrer a toxicidade crônica, representada por sinais e sintomas da insuficiência cardíaca congestiva e cardiomiopatia como tosse não produtiva, dispnéia e ortopnéia, edema de extremidades, taquicardia, dentre outros (BONASSA, 1996).

Essas manifestações cardiovasculares afastam a pessoa de uma atividade sexual, inclusive, comprometendo não só a excitação sexual como, também, as demais fases da resposta sexual.

A toxicidade pulmonar, segundo Bonassa (1996), é rara acontecer, porém pode ser fatal. Os sinais e sintomas são bastante debilitantes, prejudicando a sexualidade em todos os seus aspectos, por provocar na pessoa acometida a intolerância à atividade.

A hepatotoxicidade pode ocorrer no período pós-quimioterapia, após semanas, meses ou anos. Seus sinais e sintomas dependem do grau de disfunção hepática apresentado, interferindo na auto-imagem devido ao quadro de icterícia e aumento da circunferência abdominal. Também influencia nas fases da resposta sexual por causa da dor abdominal e fraqueza generalizada, provocada pela anorexia (BONASSA, 1996).

Nas complicações gonadais as alterações relacionam-se com a fertilidade e com a função sexual em graus variáveis. A intensidade do comprometimento

depende das drogas aplicadas, da dose, duração do tratamento, sexo, idade e tempo fora do tratamento. A supressão gonadal trata-se da diminuição ou parada do funcionamento ovariano e testicular, decorrente do uso de alguns antineoplásicos; este efeito é um fator preocupante para pacientes jovens do sexo masculino e feminino (BONASSA, 1996; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

No homem ocorre oligospermia ou azoospermia, em decorrência da destruição do epitélio germinativo. PORTO (1996) define oligospermia pela concentração de espermatozóides abaixo de 20 milhões por ml num volume de sêmen normal e azoospermia como a ausência de espermatozóide no ejaculado.

Na mulher há irregularidades no ciclo menstrual, em decorrência da alteração hormonal ou de sua ação diretamente nos ovários, provocando fibrose ovariana e destruição dos folículos. Os níveis do FSH (hormônio folículo-estimulante) e do LH (hormônio luteinizante) são elevados e o Estrogênio diminuído, conduzindo a amenorréia e sintomas da menopausa, bem como a dispareunia, falta de lubrificação e atrofia vaginal. Estes níveis alterados dos hormônios contribuem significativamente para a disfunção sexual por meio destes sinais e sintomas e para o aumento do risco de se adquirir infecções pelo trato urinário e pela flora vaginal, irritação vaginal, exacerbação do herpes genital e alterações no desejo e excitação sexual através da diminuição da lubrificação vaginal (KREBS, 1997).

Estas ocorrências, em ambos os sexos, levam a infertilidade que, segundo Krebs (1997) foi percebida pela primeira vez após tratamento quimioterápico em 1970. Além disso, é totalmente desaconselhável a geração de filhos durante o tratamento quimioterápico de homens ou mulheres, devido aos efeitos teratogênicos e dificuldades oferecidas à continuação do tratamento oncológico.

Vale lembrar que uma pessoa portadora de câncer hospitalizada que está em tratamento quimioterápico, normalmente, pode fazer uso de anti-histamínicos, anti-espasmódicos e corticóides. De acordo com Webb (1985), os anti-histamínicos, produzem uma sensação de bem-estar e aumenta a auto-estima, porém são bloqueadores dos impulsos parassimpáticos, conseqüentemente, provocam diminuição da lubrificação vaginal nas mulheres e impotência nos homens, conseqüentemente, diminuição do desejo sexual. Esses mesmos problemas podem ser vistos no uso de anti-espasmódicos.

A diminuição do desejo sexual também pode ser observada nas pessoas que fazem uso de corticóides. Nos homens esta droga reduz a contagem de espermatozóides e pode provocar disfunção erétil. Mudanças de humor e sentimento de depressão podem ocorrer e afetar, provavelmente, a libido e atividades sociais. Mudanças na aparência física, devido ao ganho de peso, aparência facial do tipo “face de lua” e aparecimento de acne e estrias púrpuras no abdome, afetam a auto-imagem e auto-estima, principalmente, nas mulheres (WEBB, 1985).

Todas essas complicações descritas estão diretamente relacionadas como já citado, com o tipo de quimioterápico utilizado, a dose, a duração do tratamento, a idade, o sexo e a resposta individual do tratamento. Além disso, há combinações terapêuticas com múltiplos agentes.

Adicionando-se a todos estes efeitos biológicos do câncer e do seu tratamento, devemos considerar também os efeitos psicológicos e psicossociais, no que diz respeito à sexualidade.

Os efeitos psicológicos iniciam-se quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer, geralmente, ocorre uma crise emocional na pessoa e na família, pois o câncer tem uma conotação cultural de dor, sofrimento e morte. Normalmente,

aparece a ansiedade e, até mesmo, a depressão, provocando alteração no relacionamento sexual e familiar.

Segundo Hogan (1985), a ansiedade persiste em todo tratamento, na maioria dos casos, provém dos cuidados preventivos exigidos para evitar uma infecção durante o contato íntimo e de prováveis sangramentos decorrentes do tratamento. Quando a atividade sexual recomeça, o medo de fracassar com o outro provoca mais ansiedade, que pode levar à impotência masculina ou resultar em disfunção orgásmica na mulher. Certamente, há um bloqueio da expressão da sexualidade pelo indivíduo ou de sua parceria.

Esta mesma autora defende que a raiva pode aparecer em alguns casos, sendo direcionada para o(a) parceiro(a) que, por sua vez, é visto como um símbolo de saúde e bem-estar. Pode ser expressa por críticas e aversão aos sinais de afeição e/ou estímulos sexuais.

Como resultado de todo este processo, têm-se os momentos de baixa auto-estima que muito contribui para a inibição da expressão da sexualidade e prejuízo no relacionamento e na atividade sexual.

Os efeitos psicossociais envolvem a mudança do papel sexual e social, pois, a pessoa doente geralmente interrompe parcialmente sua vida social e afasta-se do trabalho. Essas mudanças podem provocar sentimentos de incapacidade e terão efeitos negativos na expressão sexual.

Como se vê, os efeitos da doença e do tratamento podem ser tantos que, a partir do momento que a pessoa recebe o diagnóstico, geralmente, a sua atenção volta-se para a doença, culminando em conseqüências negativas na vida sexual, que podem ser provisórias ou definitivas.

Os indivíduos portadores de doenças onco-hematológicas, como as leucemias e os linfomas, apresentam a maioria dos sinais e sintomas apresentados anteriormente, principalmente, aqueles decorrentes das complicações do tratamento quimioterápico. Essas duas doenças apresentam várias classificações e subtipos e em decorrência da anemia e das alterações na medula óssea ou nos órgãos linfóides ou em qualquer outro órgão, ocorre um comprometimento sistêmico. Isto faz com que a pessoa acometida tenha várias complicações e, certamente, sua sexualidade também será atingida.

Trata-se de doenças que exigem um tratamento prolongado com altas doses de quimioterapia e freqüentes internações hospitalares, com maior incidência em adultos jovens.

Considerando que a sexualidade humana tem dimensões biopsicossociais, que é inerente à pessoa em todo seu ciclo de vida, configurando-se em fator de qualidade de vida e de saúde e que sofre alterações na vigência de uma gama de doenças, devido aos processos fisiopatológicos em si ou à terapêutica necessária, acredita-se que deve representar uma dimensão que necessita de avaliação sistemática dos enfermeiros, nos diferentes contextos de sua atuação profissional.

A abordagem da sexualidade no *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2001) é representada pelos diagnósticos de enfermagem **Disfunção Sexual** (*Sexual Dysfunction*) e **Padrões de Sexualidade Ineficazes** (*Ineffective sexuality patterns*), conforme já citados. Com a taxonomia II, cuja principal mudança consiste na forma de apresentação dos diagnósticos e inclusão de domínios e classes, a Sexualidade se encontra no domínio 8 que, por sua vez, abrange 3 classes: classe 1 – Identidade Sexual definida como “o estado de ser uma

pessoa específica em relação à sexualidade e/ou gênero” (NANDA, 2001, p.252); classe 2 – Função Sexual, cuja definição consiste na “capacidade ou habilidade para participar de atividades sexuais” (NANDA, 2001, p.252), estão inclusos nesta classe os conceitos diagnósticos função sexual e padrões de sexualidade e os diagnósticos aprovados são os dois apresentados (Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes) e classe 3 – Reprodução definida como “qualquer processo por meio do qual novos indivíduos (pessoas) são produzidos” (NANDA, 2001, p.252). Nas classes 1 e 3 ainda não há conceitos diagnósticos aprovados.

O diagnóstico de enfermagem **Disfunção Sexual**, segundo a NANDA (2001, p. 95), tem como **definição** “uma mudança na função sexual, vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada”, suas **características definidoras** compreendem “mudança de interesse por si e pelos outros; conflitos envolvendo valores; incapacidade de alcançar a satisfação desejada; verbalização do problema; alteração no relacionamento com pessoa significativa; alteração no alcance da satisfação sexual; limitações reais ou percebidas, imposta pela doença e/ou pela terapêutica; busca de confirmação da qualidade de ser desejável e alterações no desempenho do papel sexual percebido”. Estão incluídos como **fatores relacionados**: “informação inadequada ou falta de conhecimento; vulnerabilidade; conflito de valores; abuso psicossocial (por exemplo, relacionamentos prejudiciais); abuso físico; falta de privacidade; modelos de papel não-efetivos ou ausente; estrutura corporal da função alterada (por exemplo, gravidez, parto recente, drogas, cirurgia, anomalias, processo de doença, trauma, radiação); falta de pessoa significativa e alteração biopsicossocial da sexualidade”.

O diagnóstico **Padrões de Sexualidade Ineficazes**, na versão 2001-2002, é definido como “expressões de preocupação quanto à sua própria

sexualidade”, possui uma única **característica definidora**: “dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”. Os **fatores relacionados** incluem “falta de pessoa significativa; conflitos com orientação sexual ou preferências variantes; medo de gravidez ou de adquirir uma doença sexualmente transmissível; relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa; modelos de papel ineficazes ou ausentes; déficit de conhecimento/habilidade sobre respostas alternativas a transições relacionadas à saúde; função ou estrutura corporal alterada, doença ou tratamento médico e falta de privacidade” (NANDA, 2001, p. 169).

O primeiro diagnóstico sobre sexualidade, foi criado em 1978, na 3ª Conferência da NANDA e denominava-se Alteração no Padrão de Sexualidade. Mas, em 1980, na 4ª Conferência, este diagnóstico passou por várias transformações e foi aceito como Disfunção Sexual (*Sexual dysfunction*). Foi somente em 1986 que surgiu o outro diagnóstico sobre sexualidade denominado Padrão de Sexualidade Alterada (*Altered Sexuality Pattern*).

Na taxonomia I, essas duas categorias diagnósticas foram inseridas no padrão de resposta humana **relacionar**. De acordo com Farias et al. (1990, p.41), relacionar é conceituado como o ato de “conectar, estabelecer uma relação entre; colocar-se em associação com outra coisa, pessoa ou lugar, encontrar-se ou ser lançado entre situações”. A compreensão da sexualidade como uma modalidade de interação interpessoal corrobora com o padrão de resposta humana no qual os diagnósticos foram incluídos dentro da proposta da NANDA.

Desde a sua aprovação para inclusão na classificação da NANDA, em 1980 e 1986 até a versão atual 2001-2002, estes dois diagnósticos foram muito pouco reestruturados. Apenas a categoria diagnóstica Padrão de Sexualidade

Alterada passou para Padrões de Sexualidade Alterados (*Altered Sexuality Patterns*) (NANDA, 1999) e, mais tarde, passou para Padrões de Sexualidade Ineficazes (*Ineffective Sexuality Patterns*) na versão 2001-2002, correspondendo à Taxonomia II. Além da extinção do modificador alterado (*altered*) dessa nova taxonomia, houve apenas mudanças em duas características definidoras do diagnóstico Disfunção Sexual: “inabilidade para alcançar a satisfação sexual” passou para “incapacidade de alcançar a satisfação desejada” e “alteração no alcance do papel sexual percebido” a palavra alcance foi substituída por “desempenho”.

No estudo de LeMone (1993) a respeito da validação do diagnóstico Padrões de Sexualidade Alterados – atualmente denominado “Padrões de Sexualidade Ineficazes” – com pessoas portadoras de Diabetes, os resultados mostraram que a característica definidora deste diagnóstico, “dificuldades, limitações e mudanças relatada nos comportamentos ou atividades sexuais”, é muito ampla e a autora sugeriu outras características definidoras que emergiram da descrição dos sujeitos e da literatura, como dificuldade de verbalizar interesse sexual e mudança no interesse e capacidade para atividade sexual. Além disso, LeMone (1993), sugere a realização de outros estudos de validação deste mesmo diagnóstico com o objetivo de torná-lo mais preciso.

Pelá; Jesus; Carvalho (1994), ao investigarem o emprego das categorias diagnósticas Disfunção Sexual e Alterações nos Padrões de Sexualidade, numa população de pacientes com transtornos hematológicos, concluíram que a categoria diagnóstica **Disfunção Sexual** deveria contemplar as alterações da resposta sexual, sendo esta concebida como a abordagem do desejo, do platô, do orgasmo e da resolução. Para fundamentar a categoria diagnóstica **Alterações nos Padrões de**

Sexualidade, atualmente denominada **Padrões de Sexualidade Ineficazes**, destacaram a importância de contemplar a identidade sexual (que inclui a identidade bio-sexual, a identidade de gênero, a identidade de papel sexual e a orientação sexual) e a atitude básica em relação ao sexo (ou seja, as crenças e concepções sobre o sexo, as práticas sexuais e as relações entre as pessoas).

A partir de tal concepção, essas autoras transferiram as características definidoras e os fatores relacionados entre as duas categorias diagnósticas estudadas. O diagnóstico de enfermagem **Disfunção Sexual** ficou configurado com as seguintes características definidoras: “verbalização do problema; limitação real ou percebida da resposta sexual imposta pela doença ou terapia; incapacidade para alcançar a satisfação sexual e relato de dificuldade, limitações na atividade sexual” (p.49). Os fatores relacionados sugeridos foram “vulnerabilidade, falta de privacidade, alteração na estrutura do corpo ou função (gravidez, puerpério, drogas, cirurgias, anomalias, processo de doença, trauma, radiação); falta de pessoas significativas; déficit de conhecimento ou habilidade para respostas alternativas à transição relacionada a sua saúde ou alteração de função e estrutura corporal, doença ou tratamento” (PELÁ; JESUS; CARVALHO, 1994, p.49).

Já, para **Alterações nos Padrões de Sexualidade** as características definidoras foram “alteração no alcance do papel sexual percebido, conflito envolvendo valores, busca de confirmação de ser desejável, alteração no relacionamento com pessoa significativa, mudança de interesse por si e pelos outros, relato de mudança no comportamento sexual” (p.50). Os fatores relacionados sugeridos foram “alteração biopsicossocial da sexualidade, modelo de papel ausente ou ineficaz, abuso físico, conflito de valores, falta de pessoa significativa, falta de companheiro(a), conflito com orientação sexual e preferência, medo de gravidez e

DST, relacionamento prejudicado com outra pessoa significativa” ((PELÁ; JESUS; CARVALHO, 1994, p.50).

Essas sugestões e a falta de reestruturação desses dois diagnósticos pela NANDA reforçam a necessidade de aprofundamento de pesquisas sobre a aplicação desses diagnósticos em grupos populacionais distintos.

Em 1990, na 9ª Conferência, no processo de desenvolvimento da taxonomia II, parte destes dois diagnósticos passaram por propostas de reorganização, mas, posteriormente, não foram acatadas.

Segundo Rottkamp e Hurley (1991), o Comitê de Taxonomia, primeiramente, concluiu que estes dois diagnósticos de enfermagem referem-se ao padrão Relacionar porque foram baseados numa noção de função sexual como um processo de relacionamento. Mas, analisando as definições e características definidoras destes diagnósticos, os membros do Comitê, perceberam muito mais do que este processo sendo descrito, inclusive, muitos dos fatores relacionados são os mesmos para ambos diagnósticos.

Estas autoras descrevem que este comitê sugeriu que para a categoria diagnóstica Padrão de Sexualidade Alterada, a palavra “padrão” deveria ser retirada e ficaria apenas Sexualidade Alterada, visto como uma “percepção da sexualidade pela pessoa envolvida”, sendo este um conceito que deveria ser clarificado.

Como nessa época, o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem apresentava-se por níveis, recomendou-se também que, ao invés de permanecer no padrão Relacionar (conectar; estabelecer uma relação entre; estar localizado em alguma associação para alguma coisa, pessoa ou lugar), passaria para uma categoria diagnóstica de Nível 2 no padrão Perceber (apreender com a

mente; tornar-se atento/consciente pela percepção, apreender o que não está presente pela observação; perceber completa e adequadamente).

Quanto ao diagnóstico Disfunção Sexual, o Comitê avaliou que sua definição descreve mais do que um problema de relacionamento, parecendo estar entrelaçado com a característica definidora do outro diagnóstico. Em outras palavras, a definição fala de um significado, mas as características definidoras falam de outros dois significados. Logo, sua recomendação seria mudar o nome do diagnóstico para Função Sexual Alterada, mantendo a mesma definição e considerar a categoria como de Nível 2, dentro do padrão Valorizar (tomar em consideração; cuidar; a condição ou estado em relação a uma coisa ou a estimativa em que é assegurado de acordo com o seu real ou suposto valor, utilidade ou importância). Novamente, foi sugerido uma melhor clarificação do conceito.

Para a categoria diagnóstica Disfunção Sexual, segundo Rottkamp e Hurley (1991), o Comitê sugeriu o Nível 3 no padrão Relacionar e recomendou que este diagnóstico deveria ser desenvolvido e direcionado não só para uma mudança da percepção da sexualidade, mas, também, para uma mudança de si mesmo.

Frente aos estudos de Rottkamp e Hurley (1991), de LeMone (1993) e de Pelá; Jesus; Carvalho (1994), a sugestão de reorganização da estrutura dos diagnósticos de enfermagem “disfunção sexual” e “padrões de sexualidade ineficazes” não foram contemplados na versão 2001-2002. Apenas houve uma mudança no conjunto de regras que caracterizam a taxonomia enquanto processo de classificação de diagnósticos. Todos esses fatores reforçam a necessidade de se realizar a validação desses diagnósticos.

Diante da falta de abordagem sistemática da sexualidade no atendimento aos pacientes por parte dos enfermeiros e da necessidade de validar os dois

diagnósticos de enfermagem com o intuito de tornarem mais claros e objetivos, este estudo propõe validar os diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”; proporcionar uma avaliação da dimensão sexual do ser humano de forma mais precisa e permitir conhecer a sua ocorrência em pessoas com alterações hematológicas.

4. OBJETIVOS

Buscando validar os diagnósticos de enfermagem da NANDA (2001) “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, avaliar a pertinência da definição ao título dos diagnósticos de enfermagem estudados e comparar as duas últimas etapas de validação, foram configurados os seguintes objetivos:

- Analisar os conceitos dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, identificando na literatura as possíveis características definidoras para cada um destes diagnósticos.
- Verificar entre os enfermeiros especialistas a pertinência das definições dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” aos seus respectivos títulos atribuídos pela NANDA (2001).
- Realizar a Validação por Especialistas dos dois diagnósticos de enfermagem estudados.
- Verificar a incidência das características definidoras dos dois diagnósticos de enfermagem estudados, junto a pessoas portadoras de patologias onco-hematológicas internadas em uma unidade hospitalar.
- Relacionar a distribuição dos escores das características definidoras validadas pelos especialistas e das características identificadas clinicamente.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa não-experimental do tipo descritiva, que se caracteriza pela presença de uma variável independente não-manipulável. Será descritiva por observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995).

Devido à natureza e complexidade do estudo, para fins didáticos, a proposta metodológica de validação de diagnóstico adotada foi a de Hoskins (1989) e será abordada em três etapas.

5.1 Primeira Etapa: Análise de Conceito

Esta etapa corresponde a estrutura teórica do processo de pesquisa que permite o desenvolvimento de um modelo para explicar por que se espera que certas características estejam presentes, quando ocorre um determinado fenômeno (HOSKINS, 1989). No final deste processo, pode ou não ocorrer uma reconstrução do diagnóstico de enfermagem proposto.

Para tanto, na primeira etapa do estudo, procedeu-se a um levantamento bibliográfico sobre os diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” a partir das definições e características definidoras contidas na NANDA (2001).

Esse levantamento foi realizado nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (“Lilacs”), Literatura Internacional

em Ciências da Saúde e Biomédica (“Medline”) e Banco de Dados Bibliográficos da USP (“Dedalus”). Para as duas primeiras fontes, foram adotados os seguintes unitermos em português e inglês, respectivamente: diagnóstico de enfermagem e sexualidade (*nursing diagnosis and sexuality*); diagnóstico de enfermagem e disfunção sexual (*nursing diagnosis and sexual dysfunction*); características definidoras de sexualidade (*defining characteristics sexuality*); características definidoras de disfunção sexual (*defining characteristics sexual dysfunction*); coleta de dados e sexualidade (*nursing assessment and sexuality*); coleta de dados e disfunção sexual (*nursing assessment and sexual dysfunction*); enfermagem e sexualidade (*nursing and sexuality*) e enfermagem e disfunção sexual (*nursing and sexual dysfunction*).

Especificamente, na fonte “Dedalus”, para uma busca mais refinada, utilizaram-se os unitermos sexualidade e enfermagem e diagnóstico de enfermagem, disfunção sexual e enfermagem, coleta de dados e sexualidade e coleta de dados e disfunção sexual. Foi considerado todo o período de abrangência dessas fontes desde o seu início até o presente ano.

Além dessas fontes de dados, foi realizado um levantamento manual nos *NANDA Conference Proceedings* e nos Anais dos Simpósios Nacionais de Diagnóstico de Enfermagem.

A partir deste levantamento bibliográfico, houve a reconstrução dos diagnósticos de enfermagem propostos e foi elaborada uma lista de características definidoras a partir daquelas que constam na NANDA (2001) e das que foram encontradas na literatura. Para todas as características definidoras, tanto as

mencionadas na NANDA como as acrescidas neste estudo, a partir do levantamento bibliográfico, foram estabelecidas as definições operacionais.

5.2 Segunda Etapa: Validação por Especialistas

Para Fehring (1987), este modelo de validação denomina-se validação de conteúdo diagnóstico (DCV) e para Hoskins (1989) é validação por especialistas.

Segundo Hoskins (1989), este tipo de validação visa o estabelecimento de quais características definidoras, geradas na primeira etapa, vão representar o conceito e quais devem ser excluídas.

Para a determinação de quais características permanecem e quais devem ser excluídas, essa autora, utiliza-se dos passos metodológicos estabelecidos por Fehring (1987) que se constituem em seleção de peritos, identificação pelos peritos de quais características definidoras representam a definição do diagnóstico estudado, cálculo dos escores para cada característica definidora e cálculo do escore total do diagnóstico estudado. Seqüencialmente, cada um destes passos foi descrito detalhadamente.

5.2.1 População e Amostra

Foram incluídos como enfermeiros especialistas ou peritos nos diagnósticos de enfermagem estudados, aqueles que obtiveram pontuação no

mínimo de cinco pontos, tendo como parâmetro os critérios propostos por Fehring (1994):

- Titulação de Mestre em Enfermagem (4 pontos);
- Titulação de Mestre em Enfermagem com a dissertação direcionada para o conteúdo relevante do(s) diagnóstico(s) de interesse (1 ponto);
- Tese de Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem (2 pontos);
- Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área do(s) diagnóstico(s) de interesse (1 ponto);
- Certificado de prática clínica (especialização) relevante ao(s) diagnóstico(s) de interesse (2 pontos);
- Publicação de pesquisa versando sobre diagnósticos de enfermagem e com conteúdo relevante para a área em foco (2 pontos);
- Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódico de referência (2 pontos).

Esse autor recomenda que um enfermeiro para ser considerado perito deve ter no mínimo o grau de mestre em Enfermagem com uma área definida de experiência clínica, porém, ressalta que o Mestrado deve ser necessário, mas não é o suficiente.

Além do Mestrado, Fehring (1994) recomenda que o perito tenha um conhecimento especializado sobre o diagnóstico em estudo, demonstrado através de pesquisas apresentadas e publicadas, artigos científicos, prática clínica e especialização sobre o diagnóstico em estudo.

Quanto ao tamanho da amostra, Hoskins (1989) não faz menção sobre um número determinado de enfermeiros peritos para validar um diagnóstico de

enfermagem. Porém, Fehring (1986) recomenda a necessidade de ter 25 ou 50 enfermeiros. Nos anos de 1986 e 1987, esse autor descreveu que o passo mais difícil deste modelo de validação é obter um número adequado de peritos e sugeriu que sua obtenção poderia ser realizada por meio da literatura, de associações de enfermeiros pesquisadores, como os membros da NANDA e através das escolas de enfermagem.

Relacionando os critérios de caracterização de peritos com a área da sexualidade humana, a população deste estudo deveria ser composta por enfermeiros peritos em diagnóstico de enfermagem e em sexualidade humana. Porém, pode-se afirmar que no Brasil não temos um número suficiente de enfermeiros com grau de mestre e conhecimento especializado sobre os dois diagnósticos de enfermagem em estudo que atendesse a recomendação da literatura.

Neste sentido, a população deste estudo foi constituída por enfermeiros que possuem no mínimo a titulação acadêmica de Mestrado, que trabalham com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA na assistência ou no ensino ou na pesquisa e abordem a Sexualidade Humana, da mesma forma, no ensino, ou na pesquisa ou na assistência.

A partir dessas considerações, a seleção da amostra ocorreu por “amostragem tipo bola de neve”, citada por Polit e Hungler (1995), que consiste na seleção de sujeitos, por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores.

Sendo assim, neste estudo, enfermeiros que atuam na área de Processo de Enfermagem, sobretudo com Diagnóstico de Enfermagem e

Sexualidade, foram abordados pela pesquisadora e, por sua vez, indicaram outros profissionais com o mesmo perfil que o seu.

No total da amostra foram 32 enfermeiros peritos que opinaram não só quanto à pertinência das características definidoras em relação aos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, mas também quanto à adequação das definições desses dois diagnósticos aos seus títulos.

5.2.2 Instrumento de Coleta de Dados da Segunda Etapa

Segundo Hoskins (1989), as características definidoras devem passar por um processo de redefinição prévia à avaliação para torná-las operacionalmente compatíveis com a análise pretendida.

Para isso, após sua confecção, o instrumento de coleta de dados foi submetido à apreciação e análise de 03 juízes, enfermeiras especialistas, que não fizeram parte da amostra deste estudo. São enfermeiras que utilizam na sua prática docente os diagnósticos de enfermagem da NANDA, sendo que duas desenvolvem pesquisas na área da sexualidade humana. Uma possui o título de Doutorado e as outras duas de Mestrado.

Antes de procederem as validações aparente e de conteúdo, foram instruídas, individual e verbalmente, para julgarem o instrumento quanto à clareza do título e das definições operacionais de cada característica definidora, facilidade de leitura do instrumento e quanto a sua apresentação. Além disso, foi explicado

que poderiam opinar quanto à manutenção ou modificação de cada item do instrumento. Concomitantemente a esta análise, foram instruídas para examinar o conteúdo do instrumento, com o objetivo de conferir se os itens do instrumento constituem uma amostra representativa de conhecimento que se deseja medir.

Todas as sugestões oferecidas foram discutidas com cada especialista e acatadas. Os instrumentos, após as devidas correções, retornaram a essas especialistas para confirmar a conferência das modificações realizadas.

O instrumento de coleta de dados contém um questionário semi-estruturado, composto de três partes (APÊNDICE A):

1ª) Dados de identificação e questões referentes à experiência profissional no ensino, na pesquisa e na assistência de enfermagem. Esses foram os itens que selecionaram o profissional como perito ou não;

2ª) Definições dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo a NANDA (2001) e dos nove padrões de resposta humana e questões referentes à adequação dos títulos desses diagnósticos as suas respectivas definições e a pertinência desses dois diagnósticos aos padrões de resposta humana;

3ª) Lista de características definidoras com suas respectivas definições para os dois diagnósticos de enfermagem, separadamente, segundo a NANDA (2001) e a literatura.

Esta lista foi elaborada em uma escala do tipo Likert, composta de cinco pontos, os quais os peritos atribuíram um valor conforme sua pertinência, sendo que os valores, atribuídos pelos peritos, indicaram a representatividade de cada característica ao seu respectivo diagnóstico. Esta é a primeira fase do modelo de

Validação de Conteúdo Diagnóstico (DCV) apresentado por Fehring (1986) e acatada por Hoskins (1989).

Nesta escala do tipo Likert pontua-se a característica definidora da seguinte maneira: nota 1, quando o perito responder que aquela característica definidora é não-indicativa daquele diagnóstico de enfermagem; nota 2, quando é muito pouco indicativa; nota 3, de algum modo indicativa; nota 4, muito indicativa e nota 5, quando é muitíssimo indicativa.

Nesta lista de características definidoras, foi acrescentado algumas características fictícias, com o objetivo de averiguar a possível tendência dos peritos em responder o instrumento. Cabe ressaltar que Hoskins (1989) não faz menção a respeito de usar características fictícias, porém, Fehring (1986) sugere o uso desse tipo de característica. Adicionalmente com as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, foram acrescentadas 04 características fictícias: frequência urinária aumentada, distúrbio no sono e esquecimento, com suas respectivas definições segundo Porto (1996) e diminuição da habilidade de aprendizagem, definida por Maltese e Maltese (1994). No diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, acrescentamos 02 dessas características: boca seca e hesitação urinária, com suas definições estabelecidas por Maltese e Maltese (1994).

No final dessas listas de características definidoras, para cada diagnóstico de enfermagem, deixou-se um espaço para sugestões de outras características. Nas instruções gerais do instrumento foi orientado que, frente à presença de novas sugestões, deveria conter não só o nome da característica como, também, a sua definição operacional.

5.2.3 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o protocolo de número 0270/2002 (ANEXO A).

Foi elaborado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” com informações sobre os objetivos da presente pesquisa, da determinação do que consiste a participação do sujeito, do direito de sair da pesquisa sem nenhum dano ou ônus, da garantia de total sigilo e do direito do pesquisador quanto à divulgação dos dados em trabalhos e eventos científicos; além de conter assinatura do pesquisador e do sujeito autorizando sua aceitação em participar da pesquisa. Essas determinações atendem as recomendações do Decreto 93.933 de 14/01/87 e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde previstas para pesquisas envolvendo seres humanos. O referido termo também foi objeto de análise do referido Comitê e foi enviado aos sujeitos anexo ao instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B).

5.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados, desta etapa, iniciou-se com contatos diretos por meio de um telefonema ou envio de e-mail para os enfermeiros considerados peritos, conhecidos pela pesquisadora. Neste contato, havia a identificação da

pesquisadora, explicação do que consistia a pesquisa, solicitação para enviar o instrumento pelo correio e solicitação de indicação de outros enfermeiros com perfil para ser enfermeiro perito. Caso houvesse esta indicação, era solicitado ao enfermeiro a colaboração e autorização para enviar por correio os instrumentos de coleta dos indicados para o seu endereço, bem como a solicitação para que fizesse a distribuição destes ou a indicação dos endereços para contato pela pesquisadora. Além destes instrumentos, houve 09 que foram entregues em mãos pela pesquisadora, por proximidade de contato. Todos os instrumentos enviados continham envelopes selados para posterior resposta. Houve enfermeiros indicados residentes em 02 estados brasileiros que, mesmo após vários telefonemas, não foram localizados.

No total, a lista de características definidoras com suas definições operacionais confeccionadas na primeira etapa do estudo, para os dois diagnósticos de enfermagem em estudo, foi entregue para 51 enfermeiros de diferentes localidades do território nacional.

Num período de quatro meses, retornaram 34 instrumentos (66,7%). Após um mês do seu envio, caso não houvesse retorno, a pesquisadora fazia contato com o enfermeiro perito (ou quem ficou responsável pela distribuição dos instrumentos), reforçando a devolução o mais rápido possível. Houve instrumentos que retornaram em 20 dias da data do seu envio, como houve os que retornaram após 40 dias.

Todos os enfermeiros peritos, os quais a pesquisadora teve contato por telefone ou e-mail, devolveram o instrumento respondido; a não-devolução

ocorreu pelos enfermeiros indicados por outros. Cabe salientar que 01 enfermeiro devolveu o instrumento, justificando que não poderia colaborar com a pesquisa.

5.2.5 Análise dos Dados da Segunda Etapa

As questões referentes a pertinência dos diagnósticos de enfermagem estudados aos padrões de resposta humana não foram analisadas, pois durante a realização deste estudo houve a transição da Taxonomia I para a II, com isso, a classificação dos padrões de resposta humana perdeu sua validade. Portanto, houve vários enfermeiros que não responderam esta questão argumentando que a pergunta não era pertinente, visto que, na Taxonomia II da NANDA (2001), utilizam-se os Padrões Funcionais de Saúde.

A análise da adequação das definições dos diagnósticos de enfermagem estudados aos seus respectivos títulos foi quantitativa. Nos casos de afirmação dos enfermeiros de que a definição e/ou título não estavam adequados, solicitou-se uma nova descrição. As definições ou títulos sugeridos pelos enfermeiros peritos mereceram análise de sua pertinência à luz da literatura.

Para análise dos dados referentes ao grau com que cada característica definidora é indicativa de um diagnóstico, foi utilizada a escala proposta por Fehring (1987) em que é realizada a média ponderal dos escores obtidos.

As médias ponderadas foram obtidas pela somatória dos pesos assinalados para cada resposta e então divididos pelo número total de respostas (FEHRING, 1986). Sendo assim, para cada característica definidora, calculou-se a

freqüência de respostas assinaladas em cada item da escala do tipo Likert; o próximo passo se constituiu na multiplicação destas freqüências com seus respectivos pesos: 1 (não característico) = 0; 2 (muito pouco característico) = 0,25; 3 (de algum modo característico) = 0,50; 4 (muito característico) = 0,75 e 5 (muitíssimo característico) = 1,0; a somatória dos produtos destas multiplicações foi dividido pelo número de sujeitos, obtendo-se a média ponderada para cada uma das características.

A partir destas médias, procederam-se as fases subseqüentes do modelo de Fehring (1987), classificando as características definidoras, conforme o seu escore.

Observam-se na literatura controvérsias a respeito dos escores a serem atribuídos pelo modelo Fehring. Em seu artigo no ano de 1986, o autor determina que características definidoras com escore menor ou igual a 0,50 deveriam ser descartadas e as com escore maior que 0,75 seriam consideradas características críticas. No ano de 1987, Fehring lança modificações do seu modelo, a principal delas inclui mudanças nos critérios para determinar as características definidoras como 'maiores' e 'menores'. Neste seu artigo, consta que as características definidoras com escore menor que 0,05 deveriam ser descartadas, porém, Fehring (1987) ressalta que esse passo é provisório, ou seja, para descartar uma ou mais características definidoras é preciso que envolva um estudo com uma amostra ampla de enfermeiros peritos de diferentes localidades do país ou que sejam submetidas a pequenos estudos até que se confirmem os resultados. Nesse artigo, Fehring (1987) também classificou as características definidoras com escore maior ou igual a 0,80 como 'maiores' e as menores que 0,80 e maior que

0,50 como 'menores' e, ainda, ressalta que estas características necessitariam ser submetidas a estudos menores ou generalizado. Percebe-se neste artigo que o autor não menciona o que deve ser feito com as características definidoras com escore maior que 0,05 e menor que 0,50.

Ao analisar estudos que utilizaram ou que descreveram esta metodologia de Fehring, observou-se que a maioria deles trabalhou com a exclusão das características definidoras com escore menor que 0,50; as características com escore maior ou igual a 0,80 como 'maiores' e as com escore entre 0,50 e 0,80 como características 'menores' (CARVALHO; ROSSI; JESUS, 1998; CORRÊA, 1997; IDVAL et al., 2001; KELLY, 1990; LEVIN et al., 1989; OLIVA, 2000; OLIVEIRA, 2001; SANTANA; SAWADA, 2002).

Apenas um estudo adotou a exclusão das características definidoras com escore menor que 0,05; características com peso maior que 0,05 e menor que 0,50 classificadas como aquelas que deverão ser melhor estudadas; com escore entre 0,50 e 0,80 como características menores e as com escore maior ou igual a 0,80 como maiores (BACHION, ARAÚJO; SANTANA, 2002).

Frente as estas controvérsias, neste estudo, optou-se em descartar as características definidoras com escore menor que 0,50, reiterando que necessitam sofrer uma nova investigação para serem testadas em outros estudos para confirmação desses resultados.

Seqüencialmente, segundo o modelo de Fehring, classificaram-se as características com escore entre 0,50 e 0,80 como 'menores' e as com escore maior ou igual a 0,80 como 'maiores'. Didaticamente, as características definidoras

‘maiores’ foram denominadas como características de maior frequência e as ‘menores’ como características de menor frequência.

Segundo Fehring (1987), a característica definidora que atinge um escore maior ou igual a 0,80, significa que os peritos concordaram que esta característica é muito indicativa do diagnóstico testado. De acordo com a NANDA (2001), estas características de maior frequência devem estar presentes num dado diagnóstico.

Determinar se uma característica é “maior ou menor” também exige a confirmação por meio de estudos repetitivos ou de um estudo generalizado que envolva todo o país. Até que não ocorra essa confirmação, as características serão denominadas de ‘possíveis indicadores maiores ou menores’ (FEHRING, 1987).

Verificamos ainda possíveis divergências entre os sujeitos peritos, considerando suas áreas de atuação, apesar de se enquadrarem nos critérios já descritos. Foi verificada por meio da estatística descritiva, também conhecida como análise exploratória de dados, a coincidência entre os escores atribuídos a cada característica definidora pelo grupo de enfermeiros peritos que trabalham predominantemente com Sexualidade e os que utilizam os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

A análise pela estatística descritiva ocorreu por tratar-se de uma amostra de conveniência obtida pela técnica “amostragem tipo de bola de neve”, ou seja, uma amostra não-probabilística, logo, não houve sorteio para sua determinação, portanto, não há como lançar inferências (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2003).

Portanto, para essa análise, utilizou-se das medianas e quartis (primeiro e terceiro) dos escores de cada característica definidora atribuídos pelos grupos de enfermeiros peritos.

Na sexta e última fase do modelo, determinou-se o escore total, denominado por Fehring como DCV total, que consistiu na somatória dos escores individuais dividido pelo número total das características definidoras do diagnóstico testado, sendo que aquelas que obtiveram escores menores ou iguais a 0,50 não foram incluídas no escore total. Fehring (1986) considera que o nível adequado para esse escore é acima de 0,60.

5.3 Terceira Etapa: Verificação da Incidência das Evidências Clínicas

A terceira e última etapa do processo de validação, denomina-se validação clínica e consiste na confirmação da lista das características definidoras que foram desenvolvidas na primeira etapa (Análise de Conceito) e validadas pelos enfermeiros especialistas (Validação por Especialistas) num ambiente clínico (HOSKINS, 1989).

Nesta etapa, essa autora adota os mesmos escores atribuídos por Fehring (1987), para classificar as características definidoras como 'maiores', 'menores' e as que devem ser descartadas.

Neste estudo, tem-se que destacar que as características pesquisadas nos pacientes foram todas as desenvolvidas na primeira etapa e não apenas as que obtiveram um escore maior que 0,50 na Validação por Especialistas. Tal fato ocorreu para certificar-se de que realmente as que obtiveram escores menor que

0,50 estavam ausentes no ambiente clínico. Frente a esta mudança da proposta original, denominamos esta fase de Verificação da Incidência das Evidências Clínicas.

5.3.1 População e Amostra

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação de Clínica Médica, no setor de hematologia, de um hospital público na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Para esta especialidade clínica são destinados 12 leitos de internação.

O tempo médio de internação neste setor é longo, aproximadamente 23 dias. Neste período de coleta de dados, houve internação de no mínimo 05 dias e, no máximo, 92.

A população alvo, deste estudo, foi constituída por indivíduos adultos em tratamento quimioterápico para doença onco-hematológica. A amostra contou com 20 pacientes que foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão:

- ser homem ou mulher internado no setor de hematologia, portador de doença onco-hematológica;
- pertencer a faixa etária dos 18 aos 60 anos de idade;
- ter vida sexual ativa antes de conhecer o diagnóstico médico atual;
- ter mais de duas internações devido a doença onco-hematológica;
- estar em tratamento quimioterápico há mais de 03 meses.

Durante o período de coleta de dados, houve 58 internações, sendo que 32 pacientes não atenderam os critérios de inclusão deste estudo, por não apresentarem vida sexual ativa, não serem portadores de doenças onco-hematológicas e por estarem utilizando o tratamento quimioterápico há menos de 03 meses. Houve 03 pacientes que, apesar de atenderem os critérios, não foram entrevistados por serem portadores do HIV, acreditando que certamente a sexualidade estaria comprometida, porém, não saberíamos distinguir se o comprometimento estaria relacionado com a doença onco-hematológica ou com a presença do vírus HIV. Dos 23 pacientes restantes, 01 recusou a entrevista e 02 apesar de atenderem os critérios de inclusão, após os dados coletados e analisados, não apresentavam nenhum dos diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade humana.

Apesar da abordagem metodológica de Hoskins (1989) não estabelecer um número determinado de sujeitos para a amostra e Fehring (1987) sugerir 50 pacientes, há de se considerar que a presença reduzida de leitos para esta especialidade clínica, o longo período de internação e os critérios de seleção de sujeitos adotados abordando um assunto específico, foram fatores limitantes para ampliação do tamanho da amostra.

5.3.2 Instrumento de Coleta de Dados da Terceira Etapa

Para que se verifique a incidência de características definidoras numa população, Fehring (1987) e Hoskins (1989) trazem duas possibilidades de

abordagem do cliente, conforme a natureza do diagnóstico de enfermagem que está sendo estudado. Se o diagnóstico aborda uma resposta cognitiva ou afetiva do cliente, será necessário obter informações fornecidas pelo cliente, por meio de entrevista ou de questionário. Caso a natureza do diagnóstico se relacionar com desempenho fisiológico, a técnica da observação clínica será a mais indicada.

Os diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade humana, objetos deste estudo, exigem obter informações fornecidas pelo cliente. Portanto, o instrumento de coleta de dados, desta etapa, continha uma parte composta de entrevista, além do exame físico.

Griffith-Kenney e Christensen (1986) salientam que a coleta de dados, enquanto primeira fase do Processo de Enfermagem, envolve a entrevista e o exame físico. Porém, neste estudo, o exame físico também serviu para detectar sinais objetivos que direcionam para possíveis alterações nas fases da resposta sexual e/ou na expressão da sexualidade, visto que o assunto sexualidade humana é considerado complexo e pode ser constrangedor para alguns dos clientes responderem sobre possíveis dificuldades vivenciadas na atividade sexual.

Apesar de Cavalcanti e Cavalcanti (1996) e Kaplan (1977) afirmarem que a participação do componente físico, nos distúrbios das fases da resposta sexual, ser menor que as causas psicológicas, não se pode descartar a investigação das causas orgânicas.

A partir dessas considerações, o instrumento de coleta de dados foi baseado no modelo eclético que, segundo Griffith-Kenney e Christensen (1986), fundamenta-se na caracterização do indivíduo como ser biológico, psicológico,

social e espiritual. Sendo assim, o instrumento serviu como guia para identificar as características definidoras de cada diagnóstico de enfermagem estudado, referente não só a sexualidade, como também às condições gerais do cliente.

O instrumento de coleta de dados consistiu-se num roteiro contendo **dados de identificação; diagnóstico médico; dados relacionados aos aspectos biológicos referentes a vida pregressa, estilo de vida e perfil de saúde** (padrão de sono e repouso; cuidado corporal; alimentação/hidratação; eliminação urinária e intestinal; lazer; exercícios e atividade física e sexualidade, abordando as três fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo); **dados relacionados aos aspectos emocionais**, com questões referentes ao comportamento e relacionamento sexual e presença de sentimentos em relação ao seu estado de saúde, tratamento e aparência; **dados relacionados aos aspectos sociais e espirituais**, com questões condizentes com o desempenho do papel social e sexual após a mudança do seu estado de saúde, práticas religiosas e presença de tabus, crenças e credences sexuais. O exame físico encontra-se intercalado com as questões da entrevista, contendo os seguintes itens: condições neurológicas; antropometria e sinais vitais; exame físico de pele e anexos; cabeça e pescoço; tórax; abdome; genitais masculino e feminino e sistema músculo-esquelético (APÊNDICE C).

Este instrumento foi submetido a uma validação aparente e de conteúdo por 03 enfermeiras, duas delas possuem título de Doutorado e a outra o Mestrado, todas trabalham com o Processo de Enfermagem no ensino, na pesquisa e na assistência, sendo que também trabalham com a área assistencial que envolve os aspectos da sexualidade humana.

As questões do instrumento tiveram o objetivo de comparar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais dos sujeitos antes e depois da doença, relacionados de alguma forma à área da sexualidade humana, mas sem explicitar a palavra doença ao sujeito, ou seja, foram usados termos como estado de saúde, problema de saúde, situação vivida hoje, situação de saúde, dentre outros. A sugestão de se utilizar deste recurso foi de duas enfermeiras-juízes.

Para complementar a validação do instrumento foi realizado um teste piloto em dois sujeitos portadores de doenças hematológicas que não fizeram parte da amostra, com o intuito de averiguar o entendimento dos pacientes a respeito das questões referentes, principalmente, à sexualidade. O resultado mostrou que as questões estavam claras, porém, tiveram que ser reestruturadas quanto à seqüência de apresentação no instrumento.

5.3.3 Aspectos Éticos

A solicitação para realização desta etapa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa já mencionado. Embora desenvolvido em outra instituição, com outros sujeitos, esta etapa estava presente no projeto inicial que foi analisado integralmente. Conforme recomendação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa”, por sua vez, este Comitê é registrado ao CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) que possui um sistema de informação que registra e acompanha os aspectos

éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional (CONEP, 1996). Portanto, o referido Comitê, orientou que uma vez registrada a pesquisa ao CONEP, não seria necessário passar por outro Comitê de Ética, conforme suas diferentes etapas metodológicas.

Porém, para a realização desta terceira etapa – verificação da incidência das evidências clínicas – o Comitê exigiu uma autorização do diretor clínico do setor de Clínica Médica do hospital onde foi feita a coleta de dados (ANEXO B).

Foram objetos de análise para esta etapa: o Termo de Consentimento, instruído conforme Decreto 93.933 de 14/01/87 e Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE D) e o instrumento de coleta de dados.

5.3.4 Coleta de Dados

Hoskins (1989) recomenda que, para se detectar um diagnóstico de enfermagem em um ambiente clínico, é necessário a presença de pelo menos dois enfermeiros competentes diagnosticadores para observarem o mesmo cliente. Portanto, participaram desta coleta de dados, além da pesquisadora, mais duas enfermeiras clínicas que se revezavam, conforme sua disponibilidade de horário, sendo que a pesquisadora esteve presente na coleta de dados de todos os sujeitos da amostra, intercalando em dupla com estas outras enfermeiras.

As duas enfermeiras foram consideradas competentes diagnosticadoras por atuarem na área assistencial de pacientes com patologias hematológicas,

possuírem residência em hematologia e desenvolverem artigos científicos na área de Processo de Enfermagem e hematologia, sendo que uma delas está em fase final do Mestrado.

É importante ressaltar que essas duas enfermeiras diagnosticadoras não fizeram parte do quadro de peritos da etapa metodológica Validação por Especialistas.

Após o consentimento do cliente em participar da pesquisa, os dados foram obtidos, simultaneamente por dois peritos, através de um instrumento semi-estruturado para a realização de entrevista, exame físico e observação dos registros médicos e de enfermagem do cliente. Conforme os sinais e sintomas apresentados por estes, referentes a sua sexualidade, foram identificados os diagnósticos de enfermagem existentes (“Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”) com suas respectivas características definidoras validadas na etapa anterior por enfermeiros peritos.

Apesar da literatura sugerir que os dados devem ser coletados de modo independente pelas enfermeiras assistenciais, observando a presença ou ausência de cada característica definidora que está sendo estudada, considerou-se oportuno, em especial pela natureza do assunto sexualidade humana, proceder a coleta de dados simultaneamente. Porém, o registro dos dados foi realizado individualmente pelas enfermeiras, cada qual com seu instrumento de coleta de dados, sendo a entrevista conduzida pela pesquisadora a partir da permissão concedida pelo cliente. As enfermeiras tinham autonomia para introduzir questões e realizar o exame físico.

Para executar a entrevista, o pesquisador realizou uma visita pré-coleta ao paciente, onde ocorria a sua apresentação, explicação a respeito do tema e dos objetivos da pesquisa e a consulta quanto à permissão para coletar os dados. No caso de aceite do sujeito, a pesquisadora comunicava que estaria acompanhada por outra enfermeira e, então, marcava-se a data e a hora que o paciente gostaria de proceder a entrevista.

Toda a coleta de dados ocorreu conforme a data prevista pelo paciente, realizada no período da tarde ou noturno, com duração de no mínimo 01 hora e, no máximo, 02; totalizando 06 meses de coleta de dados, no período de julho a dezembro de 2003.

Antes de proceder a coleta de dados, as enfermeiras diagnosticadoras receberam as definições dos diagnósticos de enfermagem estudados e suas características definidoras com as definições operacionais, sendo explicado o que consistia cada uma delas.

Durante o período de coleta de dados, toda identificação de necessidade de assistência foi prontamente prestada ou encaminhada aos setores competentes pela autora.

5.3.5 Análise dos Dados da Terceira Etapa

A análise dos dados coletados foi realizada pelas enfermeiras, que participaram da coleta de modo independente segundo recomenda Hoskins (1989).

Para a construção do diagnóstico, iniciou-se a análise dos dados com sua categorização referente aos aspectos da sexualidade do paciente e identificação de suas possíveis lacunas, em seguida ocorreu o agrupamento desses dados e elaboração dos diagnósticos de enfermagem. O processo diagnóstico, nas suas fases de análise e síntese dos dados; seguiu as recomendações de Griffith-Kenney e Christensen (1986).

A partir dos diagnósticos estabelecidos, procederam-se o cálculo das seguintes estatísticas: porcentagem de concordância sobre a presença ou ausência das características definidoras e a frequência de ocorrência das características na população estudada, segundo Hoskins (1989), e o coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores, segundo Fehring (1987).

A porcentagem ou índice de concordância de cada característica definidora foi calculado pela divisão entre o número de concordâncias de cada característica entre as duas enfermeiras diagnosticadoras e o número de concordâncias somado ao número de discordâncias. Em seguida, procedeu-se o cálculo do índice de concordância total para cada diagnóstico de enfermagem estudado, realizado pela somatória dos índices de cada característica e dividindo-se pelo número total de características definidoras de cada diagnóstico.

A frequência de ocorrência das características definidoras foi computada pelas características coincidentes entre as duas enfermeiras diagnosticadoras.

O coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores foi calculado pela fórmula proposta por Fehring (1987) para cada característica definidora:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}}{2}$$

O “R” significa o coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores; “A” é o número de concordâncias; “D” número de discordâncias; F_1 corresponde a frequência de características definidoras observadas pelo observador 1; F_2 a frequência das que foram observadas pelo observador 2 e o “N” diz respeito ao número de sujeitos observados.

Esta fórmula permite identificar a frequência de cada característica definidora, prevenindo que uma característica que é pouco observada seja considerada altamente avaliada. Neste sentido, reforça-se a relevância de se utilizar mais de um observador na avaliação clínica ao paciente.

Outro dado que justifica esta etapa de observação é a possibilidade da característica definidora receber altos escores na Validação por Especialistas, mas ter um índice baixo de incidência, no ambiente clínico, especialmente para uma clientela específica como a estudada.

Em outras palavras, é uma fórmula que retrata a incidência clínica da característica definidora corrigida pela concordância.

Calculado este coeficiente, Fehring (1987) classifica as características definidoras com os mesmos escores adotados na Validação por Especialistas: características ‘maiores’, ‘menores’ e as que devem ser descartadas e melhor estudadas.

O último passo consistiu em obter o escore total calculado por meio da somatória dos coeficientes de cada característica definidora dividido pelo número

de características, considerando a exclusão das características com escore menor que 0,50 (FEHRING, 1987).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Primeira etapa: Análise de Conteúdo

A primeira fase desta pesquisa trouxe como resultado a reconstrução dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, a partir de um vasto levantamento bibliográfico nas fontes de dados “Lilacs”, “Medline” e “Dedalus”.

Na fonte de dados “Lilacs”, foram encontradas 95 referências bibliográficas; no “Medline”, foram 120 e no “Dedalus”, 23 referências. No total, foram 238 referências bibliográficas. A partir daí, procedeu-se à leitura dos resumos com a finalidade de examinar o material, quanto a sua pertinência ou não ao estudo.

Foram julgadas pertinentes 25 referências bibliográficas do “Lilacs”; 23 do “Medline” e 08 do “Dedalus”; por enfocarem o tema referente ao Processo de Enfermagem e/ou sexualidade, bem como a assistência de enfermagem na área da sexualidade humana.

Em seguida, procedeu-se à localização dessas publicações para leitura. Houve 05 publicações indexadas no “Lilacs” e 08 no “Medline”, cuja consulta não foi possível, em razão de não estarem disponíveis no território nacional.

Também foi realizado um levantamento manual nos *NANDA Conference Proceedings*, desde a primeira Conferência em 1974 até a 12ª, com exceção da sétima Conferência, por não encontrar nenhum exemplar disponível.

Ainda foi realizado levantamento manual de textos nos Anais dos Simpósios Nacionais sobre Diagnósticos de Enfermagem (1991 a 2001).

Na fonte de dados “Dedalus”, encontrou-se livros clássicos sobre sexualidade humana, com temáticas pioneiras nessa área. Dentre os principais, destacam-se os estudos de William Masters e Virginia Johnson que trazem as fases genitais da resposta sexual, sendo esta uma referência utilizada até os dias atuais e o trabalho de Kaplan de 1977, trazendo maiores subsídios a respeito das fases da resposta sexual e possibilitando um melhor conhecimento sobre os distúrbios sexuais.

Houve, também, três obras, indicadas por pesquisadores da área, relevantes para este trabalho: “Tratamento clínico das inadequações sexuais” de Cavalcanti e Cavalcanti (1996); “O desejo sexual: novos conceitos e técnicas da terapia do sexo” de Kaplan (1983) e “Manual de medicina sexual” de Kolodny; Masters; Johnson (1982), que retrata os de estudos de Masters e Johnson.

A leitura dos vários periódicos encontrados no “Lilacs” e no “Medline”, dos livros, dissertações de Mestrado e tese de Doutorado, encontrados no “Dedalus”, procedeu-se de forma reflexiva, considerando os dois diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade com suas definições, apresentados pela NANDA (2001), o trabalho de Rottkamp e Hurley (1991) que sugere recomendações de alteração dos títulos dos diagnósticos que abordam a sexualidade e de suas definições e o de Pelá; Jesus; Carvalho (1994) que retratam a abordagem das fases da resposta sexual humana no diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” e a abordagem da identidade sexual no diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, conforme descrito anteriormente.

Considerando que a definição do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” aborda uma mudança na função sexual e que, segundo a literatura, essa mudança pode ocorrer em diferentes fases da resposta sexual: desejo, excitação e orgasmo, definidas por Kaplan (1983); entende-se que as alterações dessas fases devem ser abordadas nas características definidoras desse diagnóstico.

Essa proposta corrobora com o trabalho de Pelá; Jesus; Carvalho (1994) que, também, defende a abordagem dessas fases, apesar de considerarem a inclusão da fase da resolução, apresentada nos estudos de Masters e Jonhson (KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982). Considerando que a disfunção sexual, segundo Kaplan (1977, 1983), é um desajuste total ou parcial em uma ou mais das três fases da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo), optou-se em adotar somente essas três fases apresentadas por Kaplan (1977, 1983).

O próximo passo consistiu-se em verificar na taxonomia da NANDA (2001) especificamente nos dois diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade, quais as características definidoras que abordavam uma mudança na função sexual. Foram adotadas as seguintes características: “mudança do interesse por si e pelos outros”, “verbalização do problema”, “limitações reais ou percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica”; “busca de confirmação da qualidade de ser desejável”; “alteração no alcance da satisfação sexual” e “incapacidade de alcançar a satisfação desejada”.

A característica “mudança do interesse por si e pelos outros” foi fragmentada em mudança do interesse por si e mudança do interesse pelos outros. Ambas foram adotadas considerando que constituem um comportamento

que afeta o desejo sexual, tanto no sentido de não ter desejo sexual quanto de não se sentirem desejadas por alguém.

Quanto à característica definidora “verbalização do problema”, é necessário ressaltar que, geralmente, quando uma pessoa sofre uma alteração física que é visto como insatisfatória ou desagradável em suas interações ou convivências ou, ainda, que é de difícil resolução para si mesmo, resultando em preocupação no seu modo de viver, a tendência é relatar o que está acontecendo a outra pessoa, no sentido de procurar ajuda.

A característica “limitações reais ou percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica” foi fragmentada em limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica e limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica. As limitações reais dizem respeito a restrições cientificamente comprovadas e clinicamente observáveis num indivíduo decorrente da presença de uma determinada patologia ou provocadas pela terapêutica que podem acabar interferindo na manifestação das fases da resposta sexual, concomitantes ou não; já as limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica se relacionam com restrições que são experimentadas pelo indivíduo e, portanto, relatadas por ele.

A “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” foi uma característica definidora adotada porque aborda a alteração da resposta sexual do desejo, no sentido de não se sentir desejável não conseguindo despertar o desejo sexual no outro, podendo resultar em um desinteresse sexual.

As duas últimas características definidoras adotadas abordam a satisfação sexual manifestada pela sensação de prazer sexual. Porém, a palavra

satisfação, segundo Bueno (1996), refere-se ao sentimento de se sentir correspondido do que se deseja.

Portanto, enquanto na característica “incapacidade de alcançar a satisfação desejada”, a pessoa se sente impossibilitada de atingir o que deseja; na característica “alteração no alcance da satisfação sexual”, a pessoa pode até atingir o que deseja, porém, precisou de se adaptar a determinadas alterações. Na realidade, essas duas características definidoras podem englobar a satisfação sexual referente as três fases da resposta sexual, mas, destaca-se a fase do orgasmo, por caracterizar-se pela sensação de prazer.

Como se percebe nestas características, não houve uma abordagem específica da fase do desejo e da excitação sexual. Portanto, a partir da revisão da literatura, surgiu a necessidade de incluir as características definidoras: percepção de escasso desejo sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983) e percepção de alteração na excitação sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977).

A NANDA (2001) traz a característica definidora “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” evidenciada, como já foi explicado, na capacidade de despertar o desejo sexual na parceria sexual e a característica “mudança do interesse por si e pelos outros”, definida segundo Kaplan (1983), como um comportamento em que a pessoa perde o interesse por si próprio, pelo ambiente em que se encontra e pelas pessoas que a cercam dentro da dimensão interativa, comprometendo a fase do desejo sexual. Porém, houve a necessidade de incluir uma outra característica que contemplasse o lado daqueles indivíduos que percebem a perda do desejo sexual durante a fase de sua vida em que o desejo

deveria estar presente, ou seja, percebe uma diminuição da busca e do recebimento por estímulos eróticos, mesmo mantendo interesse por si e pelos outros. Por isso, a característica denominou-se “percepção de escasso desejo sexual” que, na realidade, traduz a percepção do indivíduo de que a sua vontade de participar de uma atividade sexual diminuiu ou desapareceu.

Quanto à “percepção de alteração na excitação sexual”, é uma característica que se relaciona com uma mudança na fase da excitação sexual fisiológica e/ou subjetiva, sendo que no homem a percepção dessa alteração manifesta-se no mecanismo da ereção e na mulher a alteração ocorre na lubrificação vaginal.

Para o diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, cuja definição consiste numa preocupação quanto à sua sexualidade, considera-se que essa definição apresenta uma relação com alterações do comportamento, do relacionamento ou da identidade sexual.

Portanto, a primeira característica definidora adotada foi “dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” (NANDA, 2001, p.169) que já faz parte deste diagnóstico. As outras características foram deslocadas do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” para “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, sendo elas “conflito envolvendo valores”, “alteração no relacionamento com pessoas significativas” e “alterações no desempenho do papel sexual percebido” (NANDA, 2001).

Da característica definidora “dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”, optou-se por separar a palavra mudanças, por acreditar que uma mudança no comportamento sexual ou

na maneira de exercer as atividades sexuais é diferente de uma dificuldade ou limitação. Por sua vez, a dificuldade se caracteriza por um estado de impedimento em empenhar-se num comportamento ou atividade esperados e a limitação por se sentir impossibilitado em atingir ou conquistar algo esperado devido a um estado de restrição.

Afinal, a pessoa pode necessitar de mudar seu comportamento ou atividades sexuais, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Já uma dificuldade ou limitação tem uma conotação negativa de obstáculo ou de restrição.

É importante esclarecer que a palavra atividade sexual presente nesta característica deve ser entendida, segundo Lopes (1993), como um impulso sexual que se manifesta sob as mais diversas formas, por exemplo, a relação sexual e a masturbação. Portanto, sua presença neste diagnóstico se refere a dificuldades, limitações ou mudanças relacionada ao aspecto comportamental de exercer este impulso, por exemplo, alterações quanto à frequência de ocorrência e intolerância a atividade durante sua execução.

A característica definidora “conflito envolvendo valores” foi adotada para este diagnóstico de enfermagem por entender que quando a pessoa vivencia uma luta interna ou com pessoas do seu convívio entre dois ou mais valores opostos no que diz respeito ao assunto sexualidade, podem gerar na pessoa uma certa preocupação comprometendo o seu comportamento sexual e, até mesmo, o seu relacionamento sexual. Como é o caso da influência religiosa e das crenças, credices e tabus na vida sexual de uma pessoa.

Um problema físico ou emocional na vida de uma pessoa pode mudar a convivência com a parceria sexual e com familiares e amigos, pois todos podem

ficar centralizados nesse problema. Com isso, o relacionamento sexual pode ficar prejudicado em relação à comunicação e a aproximação entre os parceiros, podendo trazer para a pessoa acometida uma certa preocupação com sua sexualidade. Por isso, a característica “alteração no relacionamento com pessoas significativas” foi adotada para este diagnóstico.

A última característica definidora “alterações no desempenho do papel sexual percebido” aborda as mudanças vivenciadas nos padrões de comportamento e expressão sexual. Será motivo de preocupação quando essa alteração não combinar com o meio em que vive ou que esteja provocando um aborrecimento em si mesmo.

Observa-se que para contemplar as definições dos diagnósticos de enfermagem em estudo, o panorama geral ficou composto por características definidoras que constam na NANDA (2001), características da NANDA que foram fragmentadas, características que foram deslocadas do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” para “Padrões de Sexualidade Ineficazes” e características que emergiram da literatura.

Acredita-se que todas as características definidoras descritas no diagnóstico “Disfunção Sexual” contemplaram as recomendações de Kaplan (1977, 1983) que trazem as fases do desejo, da excitação e do orgasmo, como fases fisiológicas da resposta sexual, como também contemplou as recomendações do trabalho de Pelá; Jesus; Carvalho (1994).

No diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, observa-se a idéia de percepção de sua própria sexualidade, no sentido de que algo está lhe preocupando, portanto, acredita-se que as características propostas devem

abordar o aspecto psicossocial que envolve a sexualidade que, segundo a literatura, ultrapassa a relação com o sexo e envolve as nossas relações conosco e com o outro. Com isso, também contemplou o trabalho de Pelá; Jesus; Carvalho (1994) ao propor a abordagem da identidade sexual e da atitude básica em relação ao sexo.

É importante ressaltar que, no trabalho de Pelá; Jesus; Carvalho (1994), as características definidoras “mudança do interesse por si e pelos outros” e “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” foram adotadas no diagnóstico “Alterações nos Padrões de Sexualidade”, hoje denominado “Padrões de Sexualidade Ineficazes”. Neste estudo foram adotadas no diagnóstico “Disfunção Sexual” por serem características que reúnem aspectos da fase da resposta sexual do desejo, porém deve compreender que se trata de um dado subjetivo, mas diretamente relacionado ao aspecto biológico da sexualidade.

A seguir, apresentamos o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, sua definição e correspondentes características definidoras, cada qual com suas definições operacionais.

Quadro 1 – Características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”: “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2001, p.95) e suas definições operacionais.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Definição Operacional
MUDANÇA DO INTERESSE POR SI	Comportamento provocado por falta de bem-estar físico e emocional, em que a pessoa perde o interesse por si próprio para necessidades que, anteriormente, se auto-atendia, tais como higiene pessoal, alimentação e vestuário, fazendo com que apresente uma aparência de descuido/desmazelo. Sem que a condição patológica seja um impeditivo direto para o auto-cuidado e sem a solicitação da própria pessoa para a realização das atividades que se encontram incapacitadas para realizá-las; comportamento que prejudica a fase da resposta sexual do desejo, interferindo no desempenho global subsequente (KAPLAN, 1983).
MUDANÇA DO INTERESSE PELOS OUTROS	Modificação do comportamento provocado por falta de bem-estar físico e emocional, identificada pela própria pessoa ou outras, em que não há percepção do meio ambiente em que se encontra e pessoas que a cercam dentro da dimensão interativa, caracterizando-se por redução no contato olho a olho, falta de identificação de modificação do meio ambiente decorrente da congestão dos canais sensoriais, conscientes ou inconscientes e comportamento obstinado em excluir-se de participação social, devido ao processo de auto-focalização em uma situação, estado de saúde ou perdas, comportamento que pode prejudicar o desejo sexual (KAPLAN, 1977, 1983).

Continuação do Quadro I:

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Definição Operacional
LIMITAÇÕES PERCEBIDAS IMPOSTAS PELA DOENÇA E/OU TERAPÊUTICA	Situações experimentadas e detectadas pelo indivíduo, através dos órgãos sensoriais, resultantes de estados psicofisiológicos, doença física e/ou terapêutica que dificultam a manifestação das fases da resposta sexual, podendo gerar um bloqueio físico ou psicológico. Por sua vez, ocasionam diminuição no interesse e/ou no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, além de um estado afetivo e/ou emocional proveniente do sentimento de bloqueio, impedimento, desilusão e derrota (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).
LIMITAÇÕES REAIS IMPOSTAS PELA DOENÇA E/OU TERAPÊUTICA	Situações resultantes de estados psicofisiológicos, doença física e/ou terapêutica, comprovadas cientificamente e clinicamente observáveis que provocam restrição na manifestação das fases da resposta sexual, seja no desejo sexual, na excitação ou no orgasmo, concomitantes ou não. Podendo gerar diminuição no interesse e/ou no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, além de um estado afetivo e/ou emocional proveniente do sentimento de bloqueio, impedimento, desilusão e derrota (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).
BUSCA DE CONFIRMAÇÃO DA QUALIDADE DE SER DESEJÁVEL	Estado em que o indivíduo percebe alteração da resposta sexual do desejo, no sentido de não se sentir desejável pelo parceiro, ou seja, afetando a percepção de se tornar atraente e desejado pelos outros, com isso, tenta reafirmar-se como uma pessoa atraente e sensual. Pode ser ocasionado pela imagem corporal modificada decorrente de processos patológicos ou terapêuticos ou ao sentimento de estar ou se sentir diferente das outras pessoas (HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).
ALTERAÇÃO NO ALCANCE DA SATISFAÇÃO SEXUAL	Estado em que o indivíduo experimenta modificação no seu padrão de realização e/ou desempenho sexual ao se sentir correspondido no que se deseja, principalmente, evidenciado pela fase da resposta sexual do orgasmo. Inclui a verbalização de problemas sobre ocorrência do orgasmo e da percepção de prazer associada ao orgasmo. (KAPLAN, 1977; WOODS, 1995).

Continuação do Quadro I:

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Definição Operacional
INCAPACIDADE DE ALCANÇAR A SATISFAÇÃO DESEJADA	Relato de sentir incapaz de atingir um resultado esperado ou de realizar-se em um determinado anseio, devido a causas físicas ou psicológicas. Manifesta-se por ausência de sensação ou sensações inicialmente prazerosas na relação sexual, mas ao mesmo tempo, substituídas por idéias e sentimentos negativos, tornando a pessoa embaraçada, tensa, ansiosa, angustiada ou frustrada (KAPLAN, 1977; 1983; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).
VERBALIZAÇÃO DO PROBLEMA	Relato espontâneo ou investigado sobre algo que é de difícil resolução para si mesmo ou, ainda, de não estar se sentindo realizado com a maneira como tem vivido ou experimentado suas interações e convivências afetivas, físicas, psico-sociais e sexuais (LeMONE, 1993; WOODS, 1995).
PERCEPÇÃO DE ESCASSO DESEJO SEXUAL	Indivíduo sente que não está interessado pela atividade erótica e que não experimenta impulso de buscar experiências sexuais ou fantasias relativas ao sexo; ausência ou redução da estimulação dos órgãos genitais; prazer transitório e ausência de sensações ou sensações de irritação, tensão e ira (em situações que despertariam o desejo sexual). O resultado desta alteração pode incluir comportamentos que conduzem ao impulso de evitar ou se afastar do parceiro. Estas alterações do desejo sexual incluem a inibição total do desejo sexual ou o desejo sexual hipoativo. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).
PERCEPÇÃO DE ALTERAÇÃO NA EXCITAÇÃO SEXUAL	Estado em que o indivíduo percebe alterações na fase da resposta sexual da excitação, que se caracteriza por inibições no mecanismo vasocongestivo e/ou neuropsíquico, geralmente, manifestado por diminuição da excitação fisiológica e/ou subjetiva. Nos homens manifesta-se pela dificuldade em atingir ou manter uma ereção, seja simultaneamente ou não, são as denominadas disfunções eréteis. Nas mulheres pela falta de lubrificação vaginal, conhecida como alterações na lubrificação vaginal (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977).

O quadro 2 apresenta a definição do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” e correspondentes características definidoras, cada qual com suas definições operacionais.

Quadro 2 - Características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”: “expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade” (NANDA, 2001, p.169) e suas definições operacionais.

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
DIFICULDADES OU LIMITAÇÕES RELATADAS NOS COMPORTAMENTOS OU ATIVIDADES SEXUAIS	Estado em que há prevalência dos estímulos com poder de inibir ou restringir comportamentos ou atividades sexuais esperados, geralmente manifesta-se pelo relato espontâneo da presença de obstáculos que o impede de não se sentir capaz de empenhar-se num comportamento ou atividade sexual esperado, advindo de determinantes biológicas e/ou psicológicas (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).
MUDANÇAS RELATADAS NOS COMPORTAMENTOS OU ATIVIDADES SEXUAIS	Estado no qual o indivíduo expressa mudanças quanto à maneira de exercer suas atividades sexuais ou nos comportamentos sexuais antes cultivados (KAPLAN, 1977; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).
CONFLITO ENVOLVENDO VALORES	Luta entre dois ou mais valores opostos, que podem ocorrer numa mesma pessoa (intrapessoal), ou seja, acontece intrapsiquicamente ou entre dois ou mais indivíduos (interpessoal). Essa luta decorre do processo de acomodação e ajustamento dos próprios valores com as situações que os indivíduos se deparam gerando forças conflitantes provisórias ou de longa duração (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).
ALTERAÇÃO NO RELACIONAMENTO COM PESSOAS SIGNIFICATIVAS	Relato de mudanças na interação com pessoas íntimas após um histórico de relacionamento interpessoal e desenvolvimento sexual normal, em função de um problema físico ou emocional, evidenciado pelo desgaste no relacionamento (KAPLAN, 1983).
ALTERAÇÕES NO DESEMPENHO DO PAPEL SEXUAL PERCEBIDO	Estado em que o indivíduo experimenta mudanças nos padrões de comportamento e expressão sexual que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente em que vive (NANDA, 1999;

KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).

Observa-se que essas definições operacionais envolvem sensações, sentimentos e atitudes. Além disso, por serem subjetivas, não são facilmente encontradas na literatura. É diferente, por exemplo, ao validar um diagnóstico de enfermagem que retrata um desempenho fisiológico como o de constipação, que possui características definidoras como “sangue vivo nas fezes” e “sons intestinais hipoativos ou hiperativos”, que são facilmente encontradas na literatura e definidas.

Na verdade, as características definidoras destes dois diagnósticos estudados exigem uma ampla revisão da literatura no assunto para serem definidas e um cauteloso entendimento do que se está lendo para serem sintetizadas. Além disso, considera-se a presença marcante da literatura estrangeira ao desenvolver esse processo das definições operacionais, visto que no Brasil, apesar de ser a sexualidade humana um assunto discutido e estudado em pesquisas científicas, a maioria dos trabalhos abrange aspectos pontuais da sexualidade ou abordam populações específicas. Porém, destaca-se como relevante para este estudo o trabalho de Cavalcanti e Cavalcanti (1996), que traz uma magnífica conceituação a respeito da resposta biológica da sexualidade.

Com essas características definidoras descritas e definidas, procedeu-se a Validação por Especialistas, além de investigar a pertinência da definição aos respectivos títulos de cada diagnóstico de enfermagem estudado.

6.2 Segunda etapa: Validação por Especialistas

6.2.1 Caracterização das pontuações obtidas pelos enfermeiros peritos segundo a metodologia de Fehring (1994)

Dos 34 instrumentos de coleta de dados analisados, um teve que ser descartado por estar em branco e outro por não atingir os critérios de inclusão de perito propostos por Fehring (1994), apesar deste sujeito citar que trabalha com Diagnóstico de Enfermagem da NANDA e na área de Sexualidade, não fez os cinco pontos necessários para inclusão.

Assim, a amostra de enfermeiros peritos foi composta por 32 enfermeiros. Destes, 17 afirmaram possuir experiência com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e Sexualidade Humana (53,1%) e 15 relataram experiência com Diagnósticos de Enfermagem (46,8%). Neste caso, considerou-se que a experiência com sexualidade humana se dá no contexto do atendimento integral aos clientes, uma vez que, ao utilizar os diagnósticos de enfermagem em sua prática cotidiana, os enfermeiros identificam alterações nas respostas humanas em todas as dimensões.

Estes enfermeiros exercem suas atividades profissionais no território brasileiro distribuídos em 06 estados e no Distrito Federal, perfazendo um total de 12 diferentes cidades.

Neste estudo, tivemos a participação de enfermeiros das cidades de Ribeirão Preto, São Paulo, Campinas, Botucatu, Goiânia, Belo Horizonte, Itajubá,

Diamantina, João Pessoa, Campo Grande, Pará e Brasília. Sua distribuição, conforme os estados brasileiros e Distrito Federal, encontra-se na tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros peritos conforme a sua localidade de trabalho no território nacional. Ribeirão Preto, 2003

LOCALIDADE	Área de Atuação				TOTAL	
	Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade ¹ (N=17)		Diagnóstico Enfermagem ² (N=15)			
	Frequência	%	Frequência	%		
- São Paulo	09	52,9	06	40,0	15	46,9
- Minas Gerais	02	11,8	03	20,0	05	15,6
- Goiás	01	5,8	03	20,0	04	12,5
- Distrito Federal	01	5,8	02	13,3	03	9,4
- Paraíba	02	11,8	-	-	02	6,2
- Mato Grosso Sul	02	11,8	-	-	02	6,2
- Pará	-	-	01	6,7	01	3,1
TOTAL	17	99,9	15	100	32	99,9

¹ Enfermeiros Peritos que citaram trabalhar com Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade Humana

² Enfermeiros Peritos que citaram trabalhar com Diagnóstico de Enfermagem

Pelo fato da pesquisadora deste estudo ser de Ribeirão Preto-SP, o maior número de instrumentos distribuídos foi nesta cidade, destacando-se nos resultados o estado de São Paulo. Observa-se nesta tabela que os enfermeiros peritos, que trabalham, especificamente, com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e Sexualidade, estão presentes em 05 dos 06 estados brasileiros estudados e no Distrito Federal.

A presença destes profissionais em diferentes localidades mostra que a temática vem merecendo atenção da profissão de Enfermagem. Porém, ainda são poucos os enfermeiros que se interessam por estudar esta área.

A tabela a seguir retrata o tempo de experiência profissional destes sujeitos.

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros peritos segundo a faixa etária profissional (N = 32).
Ribeirão Preto, 2003

FAIXA ETÁRIA PROFISSIONAL	Frequência	%
≤ 5 anos	01	3,1
6 — 10 anos	02	6,2
11 — 15 anos	03	9,4
16 — 20 anos	10	31,3
21 — 25 anos	10	31,3
26 — 30 anos	05	15,6
≥ 31 anos	01	3,1
TOTAL	32	100

Observa-se que a grande maioria dos respondentes tem entre 16 e 25 anos de experiência profissional (62,6%). Apesar do tempo de experiência profissional não ser um critério diretamente adotado por Fehring (1994), ao comparar grupos de enfermeiros peritos e não-peritos no processo de validação do diagnóstico de enfermagem de “Dor”, Oliveira (2001) concluiu que, para serem peritos os enfermeiros necessitam de possuir vários anos de formação na profissão. Assim, nossos resultados reforçam o perfil da amostra como peritos.

Com relação à utilização dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, 93,8% da amostra referiram que os utilizam em sua prática profissional. Porém,

houve 02 respondentes que descreveram não trabalhar com nenhuma área específica no que diz respeito aos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, mas por terem o título de Mestrado e conhecimentos específicos em Sexualidade Humana, inclusive uma delas com Doutorado e Especialização na área, se enquadraram como enfermeiras peritos nestes diagnósticos estudados, segundo a pontuação de Fehring (1994).

Destes 30 sujeitos, 90% concentram-se no campo do ensino em relação aos diagnósticos da NANDA, 76,7% na pesquisa e 63,3% na assistência. Estes dados comprovam que a maioria dos sujeitos, que utiliza os diagnósticos de enfermagem da NANDA, se dedica a mais de um campo de atuação (80%), dentre ensino, pesquisa e assistência de enfermagem. Houve 04 respondentes que referiram utilizar exclusivamente os diagnósticos de enfermagem no campo do ensino e 02 na pesquisa e não houve nenhum sujeito que os utilizam exclusivamente no campo assistencial.

Dos sujeitos que atuam no campo do ensino em Diagnósticos de Enfermagem, seja concomitante ou não com a pesquisa e a assistência, 78,2% têm mais de 05 anos de experiência. O mesmo ocorreu com 73,9% dos que referiram trabalhar na pesquisa e com 68,4% dos que atuam na assistência. Dos 30 sujeitos que trabalham com diagnósticos de enfermagem da NANDA, 36,7% têm menos de 05 anos de experiência, 03 trabalham exclusivamente no ensino, 07 trabalham no ensino concomitante com as outras áreas e 01 exclusivamente na pesquisa.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são utilizados no contexto do Processo de Enfermagem, o qual se configura em exigência legal da nossa

prática profissional, segundo decisão do Conselho Federal de Enfermagem nº 272/2002 (COFEN, 2002).

Com relação aos campos de atuação dos 17 enfermeiros que atuam predominantemente na área da Sexualidade, a maioria concentra-se no campo da pesquisa em Sexualidade (76,5%), seguido do ensino (64,7%) e da assistência (29,4%). Dos respondentes desse grupo, 10 sujeitos referiram trabalhar em mais de um desses campos; apenas 05 trabalham exclusivamente no campo da pesquisa e 02 no ensino.

Dos sujeitos que referiram trabalhar no campo assistencial da Sexualidade, seja concomitante com a pesquisa ou ensino ou, ainda, nos três campos, 100% têm mais de 05 anos de experiência nesse campo. Dos que têm experiência no ensino, concomitante ou não com outros campos, 81,8% também têm mais de 05 anos de experiência; já na pesquisa isto ocorre com 61,5% dos sujeitos. Portanto, observa-se que dos 17 sujeitos que têm menos de 05 anos de experiência na área da Sexualidade, 38,5% concentram-se no campo da pesquisa.

A prática clínica de pelo menos 01 ano na área dos diagnósticos de enfermagem estudados é um dos requisitos de Fehring (1994) para ser um enfermeiro perito; cabe destacar que nesta amostra tivemos 15,6% dos respondentes com mais de 05 anos de experiência.

É importante ressaltar que apesar do campo de atuação da pesquisa ter se destacado, entre os 17 sujeitos que trabalham predominantemente com a área da Sexualidade, o que merece atenção é o ensino ter obtido 64,7%. No currículo de graduação em Enfermagem, o assunto é abordado quase sempre nas

disciplinas de Semiologia e Semiotécnica, Enfermagem Médica, Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem nas Doenças Transmissíveis e Enfermagem Psiquiátrica. Já nos cursos de pós-graduação, nos últimos anos, surgiram disciplinas que abordam o tema e disciplinas específicas sobre sexualidade humana.

É importante ressaltar que o assunto Sexualidade Humana pode ser abordado no currículo de graduação em Enfermagem tanto como uma disciplina específica, como também ser um tema transversal no decorrer do curso. Independente do modelo e da estrutura curricular adotados, o conteúdo deve englobar a fisiologia da resposta sexual humana e os aspectos psicossociais que envolvem a sexualidade.

Na prática da Enfermagem, por ser a sexualidade uma área ainda não incorporada pelos profissionais, muitos afirmam que a assistência de enfermagem para possíveis problemas identificados baseia-se apenas na orientação. Sabe-se que o foco central da assistência à saúde de um adulto, nos dias de hoje, está na promoção da saúde e na prevenção de doenças e que os enfermeiros têm papel relevante neste aspecto.

A literatura aponta quatro níveis de interação profissional com a pessoa portadora de problemas relacionados a sua dimensão sexual: permissão, informação limitada, sugestões específicas e terapia intensiva. Este esquema proposto por Annon é denominado modelo PILSETI, em inglês conhecido como PLISSIT (ANNON, 1980).

O primeiro nível — Permissão — consiste na capacidade do profissional de criar um clima favorável para o paciente expressar seus problemas e

preocupações sexuais. Informação limitada é um nível de interação que baseia-se no fornecimento de informações educativas e impessoais relacionadas a saúde sexual de forma generalizada. Para o nível de sugestões específicas, o profissional necessita de ter conhecimentos específicos sobre sexualidade e disfunção sexual e, finalmente, na terapia intensiva o profissional deve ter habilidade em psicodinâmica para auxiliar psicologicamente o paciente.

Annon (1980) defende que este modelo pode ser utilizado por diferentes profissionais, como enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais. Para Rieve (1989), todo enfermeiro deveria estar apto para atuar no nível Permissão e deveria estar capacitado para intervir de maneira efetiva no nível Informação Limitada, porém, os dois últimos níveis necessitam de uma preparação específica. Pelo exposto observa-se a necessidade de formação que compete ao profissional de enfermagem.

A análise dos campos de atuação revela que 90,6% da amostra são docentes; 6,3% são pesquisadores, pois referiram trabalhar tanto em relação aos diagnósticos de enfermagem quanto à área da Sexualidade no campo da pesquisa e 3,1% é enfermeiro assistencial, pois referiu trabalhar no campo da pesquisa e da assistência referente aos diagnósticos de enfermagem da NANDA e exclusivamente na pesquisa na área da Sexualidade. A presença marcante desses docentes ocorreu em decorrência da “amostragem tipo bola de neve”.

Referente a titulação acadêmica, 31,2% da amostra tem somente o grau de Mestre em Enfermagem e 68,8% tem o grau de Doutor, destes 50% trabalharam no seu Doutorado com diagnósticos de enfermagem. A

especialização na área da Sexualidade Humana surgiu em apenas 02 (11,8%) dos enfermeiros peritos.

Quanto aos temas das dissertações de Mestrado, 34,4% da amostra deixaram em branco, 31,3% abordaram o tema Sexualidade, 12,5% referem-se ao Processo de Enfermagem e 18,8% descreveram sobre outros temas referentes à assistência de enfermagem.

Dos temas que envolvem a sexualidade, a maioria aborda populações específicas como os portadores de tuberculose pulmonar, de cardiopatias, de patologias ginecológicas, de Aids e de lesões medulares e outras dissertações abordam o tema num contexto geral da assistência de enfermagem, envolvendo o adolescente, a mulher e o enfermeiro.

Quanto aos temas do Doutorado, 41% diz respeito ao Processo de Enfermagem, 13,6% referem-se à sexualidade e 45,5% a outros temas abordando a assistência de enfermagem e a área administrativa da profissão.

De toda a amostra estudada, independente de possuir Mestrado ou Doutorado, 46,9% estudaram temas que não dizem respeito às áreas do Processo de Enfermagem e da Sexualidade Humana, 28,1% estudaram o Processo de Enfermagem, 15,6% estudaram a Sexualidade Humana e 9,4% estudaram o Processo de Enfermagem e a Sexualidade.

Além do Mestrado e do Doutorado, todos os sujeitos da amostra possuem outros trabalhos e atividades científicas, 16 (50%) sujeitos referem-se a trabalhos ou atividades científicas que envolvem o tema Diagnóstico de Enfermagem, 14 (43,8%) tem trabalhos ou atividades que envolvem o tema Diagnóstico de Enfermagem e trabalhos que envolvem a Sexualidade e 02 (6,3%)

respondentes com temas que dizem respeito apenas a Sexualidade Humana. É importante destacar que houve 01 respondente que referiu trabalhar com Diagnósticos de Enfermagem e Sexualidade, porém não tem trabalhos na área da Sexualidade, apenas atua no campo do ensino, mas tem atividades científicas relacionadas ao tema Diagnóstico de Enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição de trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) dos enfermeiros peritos abordando o tema Diagnóstico de Enfermagem (N = 30). Ribeirão Preto, 2003

TRABALHO(S) OU ATIVIDADE(S) CIENTÍFICA(S)	Frequência	%
- Publicação de artigos em periódicos/revistas	28	93,3
- Apresentação de trabalhos em eventos científicos	18	60,0
- Publicação de trabalhos de pesquisa	14	46,7
- Outros	09	30,0

Observa-se que a maioria dos respondentes tem mais de uma atividade científica que aborda o tema Diagnóstico de Enfermagem (70%) e destacam-se os artigos científicos. O fato de terem mais de uma atividade científica comprova que este assunto está sendo bastante divulgado em nosso meio. Aliás, como já visto anteriormente, o Processo de Enfermagem tem se destacado nos três campos de atuação da Enfermagem.

Além de artigos científicos e pesquisa, os sujeitos referiram “Outros” tipos de envolvimento com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: orientação de alunos de graduação e pós-graduação, realização de palestras e conferências sobre Processo de Enfermagem, disciplinas na graduação e pós-

graduação que envolvem os diagnósticos de enfermagem da NANDA e consultoria na área de Processo de Enfermagem.

Tabela 4 – Distribuição de trabalho(s) ou atividade(s) científica(s) dos enfermeiros peritos abordando o tema Sexualidade Humana (N = 16). Ribeirão Preto, 2003

TRABALHO(S) OU ATIVIDADE(S) CIENTÍFICA(S)	Frequência	%
- Publicação de artigos científicos	06	37,5
- Apresentação de trabalhos em eventos científicos	06	37,5
- Publicação de trabalhos de pesquisa	04	25,0
- Outros	07	43,8

Referente a esta temática, 31,3% dos respondentes têm mais de uma atividade científica relacionado ao tema e destaca-se a publicação de artigos científicos e apresentação de trabalhos.

Porém, os dados referentes à publicação de pesquisa demonstram uma precariedade, pois apenas 25%, ou seja, somente 04 enfermeiros afirmaram ter pesquisa publicada com relação à temática Sexualidade Humana, enquanto que 15 possuem pesquisas sobre o tema Diagnóstico de Enfermagem. Considerando que esta é uma área de pesquisa especializada, justifica-se que hoje tem muito mais pesquisas publicadas sobre Diagnóstico de Enfermagem do que aquelas que envolvem a temática Sexualidade Humana.

No item “Outros”, os enfermeiros peritos ressaltaram que abordam o tema na orientação de alunos com trabalhos de conclusão de curso, na realização de conferências e cursos e, ainda, na área do ensino e da assistência de

enfermagem com disciplinas que abordam os diagnósticos de enfermagem sobre sexualidade de uma maneira geral.

Em resumo, a amostra foi composta em sua grande maioria por docentes (90,6%), com uma prevalência entre 16 e 25 anos de formado e que atuam nos três campos de atuação da Enfermagem, porém com destaque ao campo do ensino relacionado ao tema Diagnóstico de Enfermagem e da pesquisa na área da Sexualidade Humana. Quanto à titulação acadêmica, 68,8% são doutores em Enfermagem e todos os sujeitos da amostra além do Mestrado e Doutorado desenvolvem trabalhos ou atividades científicas com o tema Diagnóstico de Enfermagem e/ou com Sexualidade, destacando a publicação e apresentação de artigos e trabalhos científicos relacionados aos dois temas.

Para a análise a seguir o conjunto de peritos foi classificado em dois grupos: os que trabalham predominantemente com a área de Sexualidade Humana (Grupo 1) e os que trabalham predominantemente com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (Grupo 2).

Todo o panorama apresentado sobre a caracterização da amostra foi necessário para pontuar o que seria considerado um enfermeiro perito. A pontuação obtida pelos peritos variou de 6 a 12 pontos, sendo a média igual a 7,9, a moda de 6 pontos, o desvio padrão de 1,8, a mediana de 8 pontos, o primeiro quartil igual a 6 e o terceiro quartil igual a 9 pontos. Isto significa que a maioria dos enfermeiros peritos recebeu pontuação entre 6,1 e 9,7.

Tabela 5 – Distribuição dos 32 enfermeiros peritos, conforme as pontuações obtidas, segundo a proposta de Fehring (1994). Ribeirão Preto, 2003

PONTUAÇÃO	Área de Atuação				TOTAL	
	Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade ¹ (N=17)		Diagnóstico Enfermagem ² (N=15)			
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
- 6	-	-	11	73,3	11	34,4
- 7	03	17,6	-	-	03	9,4
- 8	03	17,6	04	26,7	07	21,9
- 9	05	29,5	-	-	05	15,6
- 10	03	17,6	-	-	03	9,4
- 11	01	5,9	-	-	01	3,1
- 12	02	11,8	-	-	02	6,2
TOTAL	17	100	15	100	32	100

¹ Enfermeiros peritos que referiram ter experiência profissional com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e Sexualidade (Grupo 1).

² Enfermeiros peritos que referiram ter experiência profissional com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (Grupo 2).

O Grupo 1 recebeu de 7 a 12 pontos e o Grupo 2 de 6 e 8 pontos. No Grupo 1, a média e a mediana foram, respectivamente, 9,1 e 9 e o desvio padrão de 1,57; portanto, a maioria da pontuação obtida por este grupo variou entre 7,5 e 10,7 pontos. Para o grupo que tem experiência com Diagnósticos de Enfermagem a média foi 6,7, a mediana foi 6 e o desvio padrão de 0,97, a maioria variou entre 5,7 e 7,7 pontos.

Esta diferença de pontuação entre os grupos ocorreu pelo fato que a metodologia de Fehring (1994) valoriza o profissional com experiência científica e prática clínica no diagnóstico de enfermagem a ser estudado, como demonstrado na caracterização dos sujeitos, onde 50% da amostra têm algum tipo de trabalho ou atividade científica sobre o tema Sexualidade Humana, além do Mestrado e/ou Doutorado. Porém, esta metodologia não descarta aquele que tem experiência em

trabalhar com os diagnósticos de enfermagem da NANDA de uma maneira generalizada.

6.2.2 Validação das definições dos Diagnósticos de Enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”

Ao questionar os enfermeiros peritos quanto a adequação da definição do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” apresentada pela NANDA (2001, p.95) – “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” – ao título do diagnóstico, observou-se que 65,6% da amostra a consideram adequada.

Como se percebe na tabela 6, a maioria (52,9 do Grupo 1 e 80,0% do Grupo 2) julgou adequada a definição de “Disfunção Sexual” apresentada pela NANDA (2001).

Tabela 6 – Distribuição das respostas dos 32 enfermeiros peritos segundo a adequação da definição ao título do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” apresentada pela NANDA (2001). Ribeirão Preto, 2003

NÍVEL DE ADEQUAÇÃO	Área de Atuação				TOTAL	
	Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade ¹ (N=17)		Diagnóstico de Enfermagem ² (N=15)			
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
	- Adequada	09	52,9	12	80,0	21
- Pouco adequada	07	41,2	02	13,3	09	28,1
- Nada adequada	01	5,9	-	-	01	3,1
- Não Sei	-	-	01	6,7	01	3,1
TOTAL	17	100	15	100	32	99,9

¹ Enfermeiros Peritos que citaram ter experiência profissional com Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade Humana (Grupo 1).

² Enfermeiros Peritos que citaram ter experiência profissional com Diagnóstico de Enfermagem (Grupo 2).

Para os casos de discordância parcial ou total da definição foi deixado um espaço para comentários, com o intuito dos sujeitos colocarem a sua sugestão.

Sendo assim, 03 sujeitos deram sugestão para trocar o título do diagnóstico; 05 sugeriram mudanças da definição e manutenção do título; 01 apenas referiu que a definição é muito abrangente proporcionando várias interpretações e 01 respondeu pouco adequada, mas não deu sugestão alguma.

As sugestões da troca do título que foram oferecidas por 02 sujeitos do Grupo 2 incluem “alteração da função sexual” e “sexualidade prejudicada” e a outra por 01 sujeito do Grupo 1, propondo “alteração na sexualidade”.

Quanto aos 05 sujeitos que sugerem mudanças na definição, todos são pertencentes ao Grupo 1. Um deles argumentou que a palavra mudança significa dizer “que antes era diferente”, porém questiona como ficam as disfunções sexuais de causas primárias, citando como exemplo o vaginismo. Segundo Lopes (1993, p. 235), o vaginismo se refere a uma “síndrome psicossomática bem característica, em que existe uma contratura involuntária dos músculos perineais que impede, total ou parcialmente, a penetração na vagina”. Sendo assim, a pessoa portadora deste tipo de patologia pode sentir-se impossibilitada parcial ou total de realizar o coito, neste caso, o vaginismo é uma disfunção sexual que pode comprometer as três fases da resposta sexual simultaneamente ou pode ocorrer em apenas uma fase e comprometer, conseqüentemente, a(s) outra(s) fase(s) (LOPES et al., 1994). Portanto, a colocação deste sujeito não é pertinente, pois pode haver mudanças nas fases da resposta sexual, mesmo em disfunções de causa primária, como é o caso também da dispareunia.

Os outros 03 sujeitos defenderam que o termo “função sexual” é muito amplo e deveria especificar as fases da resposta sexual humana (desejo, excitação e orgasmo) e um desses sujeitos ainda argumentou que a função sexual também deve ser especificada como sendo fisiológica ou emocional, inclusive, o último respondente defendeu que a definição não contempla o “componente emocional, enquanto determinador de alterações transitórias”.

Ressalta-se, neste estudo, que a partir da revisão da literatura, as fases da resposta sexual foram abordadas nas características definidoras deste diagnóstico. Porém, estes três enfermeiros peritos sugerem sua inclusão na

definição, aliás, dois destes enfermeiros são os que receberam 12 pontos ao se classificarem como perito, segundo a metodologia de Fehring (1994).

Considerando as propostas destes sujeitos e as reflexões da literatura sobre a função sexual (que se manifesta sob a forma de resposta fisiológica e que uma mudança nessa função pode ocorrer em diferentes fases da resposta sexual), segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1996) e Kaplan (1977, 1983), a definição do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” poderia ser configurada da seguinte maneira: “mudança na função fisiológica sexual manifestada nas fases da resposta sexual do desejo, da excitação e/ou do orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora ou inadequada”.

Relacionando esses resultados com a apresentação deste diagnóstico na Taxonomia II da NANDA (2001), podemos afirmar que é pertinente sua localização no domínio 8 (Sexualidade) e na classe 2 (Função Sexual).

Quanto à pertinência do título à definição do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” apresentada pela NANDA (2001, p.169) – “expressões de preocupação quanto a sua própria sexualidade” –, constatou-se que apenas 50% da amostra a consideram adequada, como observa-se na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição das respostas dos 32 enfermeiros peritos segundo a adequação da definição ao título do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” apresentada pela NANDA (2001). Ribeirão Preto, 2003

NÍVEL DE ADEQUAÇÃO	Área de Atuação				TOTAL	
	Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade ¹ (N=17)		Diagnóstico de Enfermagem ² (N=15)			
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
	- Adequada	08	47,1	08	53,3	16
- Pouco adequada	06	35,3	06	40,0	12	37,5
- Nada adequada	03	17,6	01	6,7	04	12,5
TOTAL	17	100	15	100	32	100

¹ Enfermeiros Peritos que citaram ter experiência profissional com Diagnóstico de Enfermagem e Sexualidade Humana (Grupo 1).

² Enfermeiros Peritos que citaram ter experiência profissional com Diagnóstico de Enfermagem (Grupo 2).

Observa-se na tabela 7 que de toda a amostra estudada, os enfermeiros que discordam do título ou da definição do diagnóstico estão distribuídos tanto no Grupo 1 como no Grupo 2.

Dos sujeitos que referiram pouco ou nada adequada, 06 afirmaram que é necessário rever o título e manter a definição; 06 questionaram a definição, com propostas de mudança; 02 acreditam que tanto o título quanto a definição não estão adequados e 02 sujeitos referiram que a definição não é nada adequada, porém, não fizeram sugestões.

Dentre os sujeitos que referiram rever a definição, 03 deles fazendo parte do Grupo 2, sugeriram a retirada da palavra padrão, mantendo o título como Sexualidade Ineficaz ou Sexualidade Alterada. Outros 02 sujeitos pertencentes ao Grupo 1 questionaram a presença da palavra ineficaz, um perito propôs ser

substituída por insatisfatório, descrevendo até mesmo o significado da palavra (“falta de satisfação, de contentamento, desagrado”) e o outro argumentou que para entender a palavra ineficazes seria necessário esclarecer o que seria um padrão de sexualidade eficaz. O último enfermeiro perito, pertencente ao Grupo 2, argumentou que o título não traduz a idéia de que a pessoa está insatisfeita com o seu padrão, defendendo que o foco é a subjetividade e também descreveu que após análise das características definidoras e dos fatores relacionados dos dois diagnósticos estudados, acredita que “Padrões de Sexualidade Ineficazes” é uma nuance de “Disfunção Sexual”, argumentando que não vê sentido serem distintos.

Referente a essa questão de unir os dois diagnósticos da NANDA que dizem respeito à sexualidade, também foi proposta por um outro enfermeiro perito, argumentando que a NANDA deveria repensar a respeito desses dois diagnósticos de enfermagem estudados, no sentido de propor apenas um diagnóstico sobre sexualidade “voltado para a ‘satisfação sexual’, com fatores relacionados que poderiam ser o ‘ponto’ de distinção para nortear as diferentes intervenções”. Para acatar essa sugestão, seria necessário primeiramente fazer uma validação de diagnóstico diferencial que, segundo Fehring (1986), consiste na determinação das diferenças entre dois diagnósticos de enfermagem intimamente relacionados.

Quanto aos respondentes que questionaram a definição, houve 03 deles, dois do Grupo 1 e um do Grupo 2, que somente a avaliaram como insuficiente, incompleta, superficial, pouco clara e pouco específica e os outros 03 questionaram a presença da palavra preocupação, dois deles do Grupo 1

sugeriram acrescentar “mudança num comportamento sexual padronizado”; outro defende a substituição da palavra preocupação por “expressão de uma alteração” e o último perito, que faz parte do Grupo 2, argumentou que o título vai além da concepção de preocupação.

Dos 02 sujeitos que questionaram tanto a definição quanto o título, um do Grupo 2 referiu que há um desajuste entre o título e a definição, argumentando que nem sempre uma preocupação expressa por uma pessoa tem como foco a ineficácia e o outro do Grupo 1 propôs que o título sugere ‘alterações’ e ‘manifestações’, além de preocupação com a sexualidade e, ainda, ressaltou que a idéia de preocupação também é pertinente ao diagnóstico Disfunção Sexual.

Neste estudo, a partir da revisão da literatura, ficou destacado que a sexualidade faz parte da nossa existência e nos faz relacionar conosco e com o outro. Se relacionarmos essa definição com a do diagnóstico, podemos dizer que há uma percepção de si com sua sexualidade (modo de ser, pensar, agir, sonhar...) e, conseqüentemente, a percepção de sua relação com o outro, ou melhor, com o mundo. Por sua vez, esse estado de percepção tem ligação direta com a palavra ineficaz que significa não produzir o efeito desejado, como já explicado anteriormente, pois, cada um tem a percepção do que deseja para si, portanto, observa-se que o título e a definição são condizentes a este diagnóstico. Inclusive, um dos peritos ao dizer que o título estava adequado referiu que a ineficácia é “percebida pelo próprio sujeito que a verbaliza”.

Sendo assim, a proposta de abordagem do aspecto psicossocial para este diagnóstico é pertinente, lembrando que envolve a subjetividade, ou seja, a

maneira como nos vemos e o que pensamos sobre nós mesmos. Por isso, acredita-se que suas características definidoras devem abordar o relacionamento sexual e o papel social e sexual, com isso, incluindo comportamentos, atitudes, crenças e valores.

Esta proposta vai ao acordo da resposta de um enfermeiro perito do Grupo 1, ao defender que o título e a definição estão adequados argumentando que “o indivíduo necessita resolver sua própria sexualidade: encontrar-se como pessoa, no mundo, com seus valores, crenças, visão de mundo e entender-se como tal, para aceitar o outro e desta forma relacionar-se com os demais”.

A partir das afirmações dos sujeitos que concordaram que a definição do diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” está adequada, da divergência de respostas dos sujeitos que discordaram da definição e/ou do título e da reflexão da literatura, pode-se afirmar que a definição do diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” deve ser mantida exatamente como se encontra na NANDA (2001, p.169): “expressão de preocupação quanto à sua própria sexualidade”.

Relacionando esses resultados com a apresentação deste diagnóstico na Taxonomia II da NANDA (2001), que se encontra no domínio 8 (Sexualidade) e na classe 2 (Função Sexual), recomendamos que este diagnóstico deve manter-se no domínio 8, porém, ser transferido para a classe 1, que se refere a Identidade Sexual, definida como “o estado de ser uma pessoa específica em relação à sua sexualidade e/ou gênero” (NANDA, 2001, p.252).

6.2.3 Validação por Especialistas dos diagnósticos de enfermagem

“Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”

A partir da lista de características definidoras geradas na etapa Análise de Conceito houve o julgamento dos 32 enfermeiros peritos quanto à pertinência ao seu respectivo diagnóstico de enfermagem.

Observa-se na tabela a seguir que apenas a característica “mudança do interesse pelos outros” recebeu um escore abaixo de 0,50; duas obtiveram escores maiores que 0,50 e menores que 0,80, as quais foram consideradas características de menor frequência e sete receberam escores maiores ou iguais a 0,80, são as características de maior frequência. Quanto às 04 características fictícias acrescentadas neste diagnóstico, 02 receberam escores abaixo de 0,10 e 02 receberam escores abaixo de 0,20. Por serem fictícias, não foram consideradas na análise subsequente.

Tabela 8 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Escore
- Percepção de alteração na excitação sexual	0,88
- Alteração no alcance da satisfação sexual	0,87
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	0,84
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	0,82
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	0,81
- Percepção de escasso desejo sexual	0,81
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	0,81

- Verbalização do problema	0,72
- Mudança do interesse por si	0,60
- Mudança do interesse pelos outros	0,48

Observando estes escores, podemos constatar que das 07 características definidoras que obtiveram escores maior ou igual a 0,80, 05 delas fazem parte do diagnóstico “Disfunção Sexual” contido na NANDA (2001). As outras 02, são características que emergiram da literatura, logo, podemos afirmar que os enfermeiros peritos concordam que são manifestações clínicas que caracterizam o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, inclusive, uma dessas características (“percepção de alteração na excitação sexual”) recebeu o maior escore 0,88.

A característica definidora que obteve um escore menor que 0,50, é uma característica que foi fragmentada, mas na NANDA (2001) encontra-se como “mudanças do interesse por si e pelos outros”, portanto ressalta-se ser uma característica que merece passar por um outro processo de validação, seja fragmentada ou não.

A coincidência de cada característica definidora entre o grupo de enfermeiros peritos que trabalham predominantemente com Sexualidade (Grupo 1) e o grupo que utilizam os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (Grupo 2) foi analisada por meio dos cálculos das medianas e das distâncias interquartílicas (diferença entre o terceiro e o primeiro quartis), como pode ser visto na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das 10 características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo suas medianas e distâncias interquartílicas obtidas pelos dois grupos de enfermeiros peritos. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Grupos de Peritos	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Distância Interquartílica
- Percepção de alteração na excitação sexual	1	0,75	1,0	1,0	0,25
	2	0,75	1,0	1,0	0,25
- Alteração no alcance da satisfação sexual	1	0,75	1,0	1,0	0,25
	2	0,75	1,0	1,0	0,25
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	1	0,75	0,75	1,0	0,25
	2	0,75	1,0	1,0	0,25
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	1	0,75	0,75	1,0	0,25
	2	0,75	0,75	1,0	0,25
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	1	0,75	0,75	1,0	0,25
	2	0,75	0,75	1,0	0,25
- Percepção de escasso desejo sexual	1	0,75	0,75	1,0	0,25
	2	0,75	0,75	1,0	0,25
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	1	0,75	1,0	1,0	0,25
	2	0,50	0,75	1,0	0,50
- Verbalização do problema	1	0,50	0,50	1,0	0,50
	2	0,75	0,75	1,0	0,25
- Mudança do interesse por si	1	0,50	0,50	0,75	0,25
	2	0,50	0,50	0,75	0,25
- Mudança do interesse pelos outros	1	0,25	0,50	0,50	0,25
	2	0,25	0,50	0,75	0,50

Pelos valores das medianas dos dois grupos de enfermeiros peritos, pode-se afirmar que 70% das características definidoras coincidiram para os dois grupos: mudança do interesse por si; mudança do interesse pelos outros; limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica; limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica; alteração no alcance da satisfação sexual;

percepção de alteração na excitação sexual e percepção de escasso desejo sexual.

Dessas sete características em que os valores das medianas se igualaram entre os dois grupos, seis delas também obtiveram variabilidade de respostas iguais entre os grupos, observadas por meio das distâncias interquartílicas. Pelo fato da característica definidora mudança de interesse pelos outros se diferenciar nas distâncias interquartílicas, ao comparar o 3º quartil entre os escores dos dois grupos de enfermeiros peritos, constata-se que os menores escores foram atribuídos pelo Grupo 1.

Nas características em que os valores das medianas diferiram, pode-se observar pelo primeiro e terceiro quartis que a característica “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” recebeu escore maior pelo Grupo 1 e a característica “verbalização do problema” pelo grupo 2; para a característica “incapacidade de alcançar a satisfação desejada” pelo valor da mediana os maiores escores foram atribuídos pelo Grupo 2.

Portanto, pode-se afirmar que os escores atribuídos às características definidoras do diagnóstico “Disfunção Sexual” entre o grupo de enfermeiros que trabalha predominantemente com Sexualidade e o grupo que trabalha com Diagnósticos de Enfermagem foram semelhantes para sete características definidoras.

No diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, também houve uma característica que obteve um escore abaixo de 0,50: “conflito envolvendo valores”, sendo, portanto uma característica que merece ser melhor estudada. As

02 características fictícias receberam escores abaixo de 0,10 e foram, portanto desconsideradas para análises posteriores.

Tabela 10 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, conforme os escores obtidos na Validação por Especialistas. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Escore
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,77
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	0,71
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,69
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	0,64
- Conflito envolvendo valores	0,48

Observa-se que houve quatro características que receberam escores maiores que 0,50 e menores que 0,80 e nenhuma com escore maior ou igual a 0,80.

Estes escores demonstraram que os enfermeiros peritos concordam que a característica “dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” deve ser mantida neste diagnóstico, como consta na NANDA (2001). Mas, também, concordaram com a presença, neste diagnóstico, das características definidoras “alteração no relacionamento com pessoas significativas” e “alterações no desempenho do papel sexual percebido”, que são características transferidas do diagnóstico “Disfunção Sexual”.

Por outro lado, a característica “conflito envolvendo valores” que também foi transferida do diagnóstico “Disfunção Sexual”, não foi aceita neste

diagnóstico pelos enfermeiros peritos, pois obteve um escore de 0,48. Entende-se que é uma característica que deve passar por um outro processo de validação por especialistas.

A análise dos valores das medianas e distâncias interquartílicas dos escores atribuídos pelos dois grupos de enfermeiros peritos as características definidoras deste diagnóstico demonstra que 80% das características definidoras apresentaram os valores de suas medianas iguais entre os dois grupos de peritos: “dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”, “mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”, “conflito envolvendo valores” e “alteração no relacionamento com pessoas significativas”, conforme se observa na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição das 05 características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo suas medianas e distâncias interquartílicas obtidas pelos dois grupos de enfermeiros peritos. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Grupos de Peritos	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Distância Interquartílica
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	1	0,50	0,75	0,75	0,25
	2	0,75	0,75	1,0	0,25
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	1	0,75	0,75	1,0	0,25
	2	0,50	0,75	0,75	0,25
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	1	0,50	0,75	1,0	0,50
	2	0,50	0,75	1,0	0,50
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	1	0,50	0,75	1,0	0,50
	2	0,50	0,50	1,0	0,50
- Conflito envolvendo valores	1	0,0	0,50	0,75	0,75
	2	0,25	0,50	0,75	0,50

Na única característica em que os valores da mediana não coincidiram, ou seja, “alterações no desempenho do papel sexual percebido”, a variabilidade de resposta foi igual entre os grupos observando seus quartis; porém pelas medianas, observa-se que o Grupo 1 atribuiu escore maior que o Grupo 2.

Na característica definidora “conflito envolvendo valores” que obteve um escore menor que 0,50, apesar das medianas se igualarem entre os grupos, houve uma variabilidade de respostas distintas entre eles, constata-se que os menores escores foram atribuídos pelo Grupo 1.

Logo, percebe-se que as manifestações clínicas que caracterizam o diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” foram igualmente identificadas em quatro características entre os enfermeiros peritos que trabalham com Diagnósticos de Enfermagem e os que trabalham predominantemente na área da Sexualidade Humana.

De um modo geral, os resultados de 70% de coincidência entre as medianas das características definidoras entre os dois grupos de enfermeiros peritos no diagnóstico “Disfunção Sexual” e de 80% no diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, demonstram que mesmo que o enfermeiro não trabalhe diretamente com a área da Sexualidade Humana, utiliza-se de uma observação sistematizada na assistência ao cliente, tornando-o atento para os diversos aspectos do ser humano.

A partir desses escores, determinou-se que para o diagnóstico “Disfunção Sexual”, o escore total foi de 0,80 e para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” resultou em 0,70.

Fehring (1986) recomenda que um diagnóstico de enfermagem com escore total menor que 0,60 deve ser melhor apurado e/ou rejeitado e removido da lista de diagnósticos da NANDA. Portanto, os escores apresentados por estes diagnósticos neste estudo, conforme metodologia adotada, são aceitos.

O escore total de 0,70 para o diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” já era esperado, visto que neste diagnóstico não tivemos nenhuma característica considerada de maior frequência.

No final do instrumento, no espaço destinado a sugestões foram mencionadas pelos sujeitos 03 características definidoras passíveis de inclusão nestes diagnósticos. As 02 sugestões para o diagnóstico “Disfunção Sexual” são “foco concentrado no assunto” e “demonstra interesse em receber orientação sexual”. Para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” foi sugerida a inclusão da característica definidora: “hiperatividade sexual em resposta a mecanismos de auto-afirmação”. A análise destas características está apresentada na etapa subsequente deste estudo.

6.3 Terceira etapa: Verificação da incidência das evidências clínicas

6.3.1 Caracterização da amostra

Na amostra estudada, observamos 11 homens (55%) e 09 mulheres (45%). Em relação à idade, observa-se o predomínio da faixa etária dos 18-27 anos (35%), conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra estudada segundo a faixa etária (N = 20). Ribeirão Preto, 2003

Com relação ao estado civil, 55% da amostra eram solteiros, 35% casados e 10% amasiados.

Quanto à religião, 80% eram católicos, 15% evangélicos e 5% referiu que não tem religião.

Ao analisar a escolaridade, no gráfico 2, verifica-se o predomínio do nível fundamental (50%), seja completo ou incompleto e, ainda, observa-se o analfabetismo (10%).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra estudada segundo o nível de escolaridade (N = 20). Ribeirão Preto, 2003

Pode-se dizer que esta amostra caracteriza-se pela pouca escolaridade, ser portador de uma doença complexa, que necessita de um longo tratamento.

No gráfico 3, observa-se que 30% da amostra eram portadores de Linfoma não-Hodgkin (LNH) que, segundo Zago; Falcão; Pasquini (2001), caracteriza-se por um tipo de neoplasia linfóide que é mais prevalente nos homens, neste estudo dentre, os 06 casos de LNH, 04 deles eram do sexo masculino. As demais neoplasias apresentadas pelos sujeitos foram Leucemia Mielóide Aguda (LMA), Leucemia Linfóide Aguda (LLA), Linfoma de Hodgkin (LH) e Mieloma Múltiplo (MM).

LMA = Leucemia Mielóide Aguda; LH = Linfoma de Hodgkin; MM = Mieloma Múltiplo; LNH = Linfoma não-Hodgkin; LLA = Leucemia Linfóide Aguda

Gráfico 3 - Distribuição da amostra estudada segundo o diagnóstico médico (N = 20). Ribeirão Preto, 2003

A Leucemia é uma doença que relaciona-se com uma excessiva proliferação de leucócitos imaturos e sua infiltração neoplásica ocorre de forma generalizada. O Linfoma também tem uma origem linfóide, porém sua infiltração é localizada, ou seja, compromete predominantemente os linfonodos (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

Courtens e Huijer Abu-Saad (1998) argumentam que as pessoas portadoras de tais patologias necessitam de se submeterem a intensos tratamentos quimioterápicos, provocando uma hipoplasia, que manifesta-se pelo risco de infecção, sangramento e anemia.

Estas complicações, como já discutido, podem interferir diretamente na atividade sexual, pela necessidade do uso de medidas de proteção durante a relação sexual, pela restrição de movimentos durante a relação devido ao risco de sangramento e pela falta de disponibilidade para praticar atividades sexuais decorrente da redução da capacidade de transporte do oxigênio do sangue.

O Mieloma Múltiplo caracteriza-se pela manifestação neoplásica de um clone único de plasmócitos que, na maioria das vezes, produz uma imunoglobulina monoclonal que se prolifera na medula óssea e destrói os ossos, provocando dor óssea intensa nas costas ou tórax e, principalmente, fraqueza nos membros inferiores, geralmente, exigindo da pessoa comprometida uma imobilidade física temporária (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001).

Hogan (1985) defende que a imobilidade física é uma manifestação clínica que tende a comprometer não só a atividade sexual, como também, a expressão da sexualidade, pela sua interferência no desempenho do papel sexual e social.

Referente aos quimioterápicos utilizados, houve a presença de 07 diferentes grupos, cujas principais drogas destacam-se a Dexametasona, a Cisplatina, o Maxitrol, a Citarabina, a Mesna, a Ciclofosfamida, a Ondansetrona, a Vincristina, a Adriamicina e o Ácido transretinóico. Quanto ao tempo de uso desses quimioterápicos, 35% referiram seu uso entre 01 a 02 anos, 20% há mais de 02 anos, 15% entre 06 meses e 01 ano, 15% há 06 meses e 15% há 04 meses.

Geralmente a administração desses quimioterápicos apresentados nestes tipos de neoplasias exige a internação hospitalar dos pacientes, pois utiliza-se de altas doses. Como já discutido anteriormente, são drogas que atingem tecidos com alto grau de multiplicação e, conseqüentemente, tecidos normais acabam sendo destruídos, causando efeitos indesejáveis que comprometem o bem-estar físico, psicológico e social que, certamente, repercutem na sexualidade.

6.3.2 Índice de concordância das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” observadas pelas enfermeiras diagnosticadoras em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas

A elaboração deste tópico se desenvolveu com o intuito de apresentar as variações entre os dados das enfermeiras diagnosticadoras, quanto à identificação nos sujeitos das expressões clínicas dos diagnósticos estudados.

No diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, dentre as 10 características definidoras observadas em pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, 07 características estavam presentes na observação das duas enfermeiras diagnosticadoras em todos os casos observados e 03 características apresentaram discordâncias entre as observadoras.

Na tabela 12, observa-se que a característica “limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica” apresentou o menor índice de concordância entre as diagnosticadoras. Tal fato pode ser explicado pela complexidade do objeto estudado para se relacionar as manifestações clínicas detectadas no exame físico e as relatadas pelos sujeitos com as fases da resposta sexual humana ou pela necessidade de ser uma característica definidora que precisa ser melhor clarificada.

Tabela 12 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, conforme o índice de concordância entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Índice de Concordância
- Mudança do interesse por si	1,0
- Mudança do interesse pelos outros	1,0
- Percepção de escasso desejo sexual	1,0
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	1,0
- Percepção de alteração na excitação sexual	1,0
- Alteração no alcance da satisfação sexual	1,0
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	1,0
- Verbalização do problema	0,95
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	0,95
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	0,90

Os índices de concordância apresentados no quadro 3, revelam que as enfermeiras diagnosticadoras não concordaram entre si em apenas 04 possibilidades. Com isso, ressalta-se que no diagnóstico “Disfunção Sexual”, a concordância entre as observadoras foi de 98%.

Também se observa neste quadro, que para o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, o número de características definidoras detectadas pelas duas enfermeiras diagnosticadoras variou de três a oito características para cada sujeito. Sendo a média de 5,7 características, a moda 6 e o desvio padrão de 1,6. Isto significa dizer que a grande maioria dos sujeitos apresentou de 4,1 a 7,3 características definidoras que sustentaram o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”. Reitera-se a complexidade deste Diagnóstico de Enfermagem para esta clientela estudada.

Quadro 3 - Distribuição das características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem "Disfunção Sexual" assinaladas para cada sujeito da amostra, segundo as respostas das enfermeiras diagnosticadoras

CD SUJ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total de CD presentes para os dois observadores
	O ₁ ¹ O ₂ ²	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	O ₁ O ₂	
S1	X X		X X	X X	X X	X X	X X	X X		X X	8
S2			X X	X X				X X	X X		4
S3	X X		X X	X X			X X		X X	X X	6
S4			X X	X		X X		X X	X X		4
S5			X X	X X	X X	X X	X X		X X	X X	7
S6	X X	X X	X X	X		X X		X X		X X	6
S7			X X			X X	X X		X X	X X	5
S8			X	X X		X X	X X	X X		X X	5
S9			X X					X X		X X	3
S10				X X	X X		X X				3
S11	X X	X X	X X		X X	X X	X X		X X		7
S12			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	8
S13			X X	X X			X X		X X	X X	5
S14			X X	X X	X X	X X	X X	X	X X		6
S15			X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	8
S16			X X	X X		X X	X X	X X	X X	X X	7
S17			X X	X X	X X				X X		4
S18	X X		X X		X X		X X		X X		5
S19	X X	X X	X X		X X	X X	X X		X X		7
S20			X X	X X	X X		X X		X X	X X	6

¹ O₁ = Pesquisador; ² O₂ = Enfermeiras observadoras clínicas

1 = Mudança do interesse por si; 2 = Mudança do interesse pelos outros; 3 = Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica; 4 = Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica; 5 = Alteração no alcance da satisfação sexual; 6 = Busca de confirmação da qualidade de ser desejável; 7 = Incapacidade de alcançar a satisfação desejada; 8 = Verbalização do problema; 9 = Percepção de alteração na excitação sexual e 10 = Percepção de escasso desejo sexual.

Ao se observar os dados relativos do diagnóstico "Padrões de Sexualidade Ineficazes", identifica-se que das 05 características definidoras

observadas; 03 apresentaram discordâncias de aparição entre as enfermeiras diagnosticadoras e 02 estavam presentes na observação das duas enfermeiras.

Tabela 13 - Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, conforme o índice de concordância entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Índice de Concordância
- Conflito envolvendo valores	1,0
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	1,0
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,95
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,95
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	0,95

Estas discordâncias podem ter ocorrido por ser um diagnóstico que apresenta suas características definidoras centralizadas nos aspectos psicossociais que envolvem a sexualidade, ou seja, envolve o comportamento e o processo de socialização dos sujeitos, caracterizando dados que são difíceis de serem expressos pelos entrevistados e de serem analisados. Cavalcanti e Cavalcanti (1996) ressaltam que a incidência de problemas relacionados ao comportamento sexual é difícil de ser medida e o maior obstáculo é o grau de subjetividade do problema.

Os índices de concordância deste diagnóstico mostram que as discordâncias ocorreram em 03 possibilidades. Sendo assim, no diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, a concordância de respostas entre as enfermeiras observadoras foi de 97%, podendo ser considerada satisfatória para o estudo proposto.

Quanto ao número de características definidoras detectadas pelas duas enfermeiras diagnosticadoras para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, observa-se, no quadro 4, que variou de uma a quatro características para cada sujeito, sendo a média de 2,4, a moda 3 e o desvio padrão de 0,9. Isto significa dizer que a grande maioria dos sujeitos apresentou até 3,3 características definidoras que sustentaram esse diagnóstico.

Quadro 4 – Distribuição das características definidoras (CD) do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” assinaladas para cada sujeito da amostra, segundo as respostas das enfermeiras diagnosticadoras

CD SUJ.	1		2		3		4		5		Total de CD presentes para os dois observadores
	O ₁ ¹	O ₂ ²	O ₁	O ₂	O ₁	O ₂	O ₁	O ₂	O ₁	O ₂	
S1	X	X			X	X			X	X	3
S2	X	X									1
S3	X	X	X	X					X	X	3
S4	X	X	X	X							2
S5			X	X	X				X	X	2
S6	X	X	X	X	X	X			X	X	4
S7	X	X	X								1
S8	X	X	X	X							2
S9	X	X									1
S10	X	X	X	X			X	X			3
S11	X	X	X	X	X	X	X	X			4
S12	X	X	X	X	X	X					3
S13		X	X	X	X	X					2
S14	X	X							X	X	2
S15			X	X	X	X					2
S16	X	X	X	X	X	X					3
S17	X	X									1
S18	X	X	X	X					X	X	3
S19	X	X	X	X	X	X					3
S20	X	X	X	X							2

¹ O₁ = Pesquisador; ² O₂ = Enfermeiras observadoras clínicas

1 = Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais; 2 = Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais; 3 = Alterações no desempenho do papel sexual percebido; 4 = Conflito envolvendo valores; 5 = Alteração no relacionamento com pessoas significativas.

Nos dois diagnósticos de enfermagem estudados, os índices de concordância apresentados foram considerados satisfatórios para estudos desta natureza.

6.3.3 Incidência das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas

Em decorrência da coleta de dados ter sido realizada em dupla, os dados apresentados como resultados nesta etapa serão os dados coincidentes pelas enfermeiras diagnosticadoras.

No diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, dentre as 10 características definidoras analisadas, a mais freqüente foi “limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica”, conforme demonstra a tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição da incidência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas (N=20). Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Freqüência	%
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	18	90

- Percepção de alteração na excitação sexual	15	75
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	15	75
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	13	65
- Percepção de escasso desejo sexual	12	60
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	12	60
- Alteração no alcance da satisfação sexual	11	55
- Verbalização do problema	09	45
- Mudança do interesse por si	06	30
- Mudança do interesse pelos outros	03	15

Cabe esclarecer que no instrumento de coleta de dados não havia nenhuma pergunta específica sobre a masturbação, mas ao questionar sobre a atividade sexual, foi explicado ao paciente que as perguntas sobre a atividade sexual envolveria a relação sexual e a masturbação.

Para investigar a característica que teve a maior incidência de aparição (“limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica”) foi questionado se percebe alguma limitação do estado de saúde ou do tratamento na sua vida sexual, se tem alguma atividade que executava e no momento não consegue realizar e se, frente a essa(s) atividade(s), acha que não consegue realizar ou já tentou e não conseguiu. Nessas perguntas foram consideradas as respostas condizentes as limitações relacionadas às fases da resposta sexual, ou seja, referente ao aspecto biológico que envolve a sexualidade. Porém quando referiram limitações relacionadas ao comportamento sexual, foram analisadas no diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, por ser um diagnóstico que aborda o aspecto psicossocial que envolve a sexualidade, retratando a percepção de si com sua sexualidade, conforme já discutido.

Sendo assim, a percepção de limitações impostas pela doença e/ou terapêutica foi mencionada por 90% dos respondentes, um único paciente não soube responder e em outro sujeito somente um dos observadores detectou esta característica definidora. As limitações que mais se destacaram estão relacionadas com a performance sexual envolvendo uma ou mais fases da resposta sexual (44,4%), em seguida, apresentam-se os problemas específicos na ereção (33,3%) e 04 sujeitos não souberam especificar (22,2%). Dos sujeitos que conseguiram especificar as limitações, 33,3% referem que frente a esta atividade não conseguem realizá-la e 66,7% já tentaram, mas afirmaram dificuldades em sua execução. Assim, a característica definidora limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica teve uma incidência de 90%.

Referente às alterações na fase da resposta sexual da excitação foi investigado a presença de problema de ereção ou de lubrificação vaginal antes e após a mudança do estado de saúde.

Nenhum sujeito referiu a percepção de problemas de excitação antes de descobrir a doença, porém, após iniciar o tratamento quimioterápico, 75% da amostra referiram alteração, sendo 10 homens (90,9%) e 05 mulheres (55,6%). Houve 08 homens que referiram diminuição da ereção e 02 não souberam especificar apenas referiram percepção de alteração. Dos que referiram diminuição da ereção, 50% afirmaram que a dificuldade está em manter e 50% em alcançar a ereção.

Cavalcanti e Cavalcanti (1996) descrevem que a ereção é muito valorizada em nossa sociedade a ponto de acreditar que ser homem “implica em ter ereções”. Portanto, a dificuldade de ter ou manter a ereção é motivo de

preocupação para os homens, neste estudo, apesar de não verbalizarem o problema aos médicos, os pacientes mais jovens foram unânimes em perguntar as enfermeiras diagnosticadoras se após o tratamento tudo voltará ao normal.

Problemas na excitação sexual masculina são influenciados pela diminuição do nível do hormônio testosterona (considerado um substrato básico na ereção) e pela própria doença onco-hematológica, em decorrência da freqüente presença da anemia severa e do fator emocional negativo. Fisiologicamente, a disfunção erétil pode ser revertida em duas ou três semanas após a aplicação da quimioterapia pelo restabelecimento do nível de testosterona no organismo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; SEGAL, 1994).

Quanto às mulheres, o problema mencionado centralizou-se na falta de lubrificação vaginal, provocando dor no momento da relação e uma paciente referiu a “sensação do canal vaginal estar menor”. Lopes (1993) argumenta que o ressecamento vaginal ocasiona dor durante a relação no ato da penetração e sensação de ardor e queimação após a relação.

Segundo Segal (1994), a falta de lubrificação e o estreitamento do canal vaginal são muito mais freqüentes durante o tratamento radioterápico do que quimioterápico. Lopes (1993) argumenta que esses sintomas, na maioria dos casos, são decorrentes do aumento da tensão muscular que envolve a entrada da vagina caracterizando, muitas vezes, uma tensão inconsciente na mulher, isso ocorre devido a uma queda do nível do hormônio estrógeno durante o tratamento quimioterápico.

As manifestações clínicas dessa queda hormonal incluem as freqüentes diminuição da umidade vaginal e a redução do diâmetro da vagina que ocorre

raramente (CLARK; McGEE, 1997). Nestes casos, é importante a Enfermagem orientar as pacientes que mediante o aparecimento da dor durante a relação sexual decorrente destas manifestações clínicas, deve ser comunicado o médico para investigação do problema.

Quanto às características definidoras “incapacidade de alcançar a satisfação desejada” e “alteração no alcance da satisfação sexual”, entendidas como a capacidade de dar e receber prazer, primeiramente questionou-se se a presença do prazer na relação sexual e se após a mudança do seu estado de saúde o prazer continua presente, se atualmente houve alteração no seu desempenho, se teve que alterar sua prática sexual para continuar obtendo prazer, se atualmente há satisfação com sua vida sexual, se sente capaz de alcançar a satisfação sexual e se durante ou após a relação sexual vivenciou algum sentimento diferente como embaraço, tensão, ansiedade, ausência de sensação ou não sentiu nada de diferente.

Houve 03 pacientes do sexo feminino que referiram que antes do tratamento nem sempre sentiam prazer na relação sexual (15%). Considerando o período atual, a presença do prazer foi confirmada por 60% da amostra, 10% referiram sua presença esporadicamente, 10% argumentaram que não sentem prazer e 20% não souberam responder. Quanto à alteração no desempenho sexual, as respostas desvelam que 80% percebem alteração, 10% referem que nada alterou e 10% não souberam responder, argumentando que ainda não vivenciaram nenhuma atividade sexual após a doença.

Neste estudo, houve 04 sujeitos que negaram vida sexual ativa após a doença e 05 referiram não estar mantendo relação sexual no momento, mas 03

afirmaram que praticam a masturbação e 02 responderam à entrevista se reportando às relações sexuais que tiveram durante o tratamento, contudo no momento o relacionamento havia se rompido.

Sendo assim, dos sujeitos que negaram atividade sexual após a doença, 02 deles referiram que perceberam alteração no desempenho sexual.

É importante destacar que dentre as alterações no desempenho sexual, houve 03 pacientes do sexo masculino que referiram que a ejaculação ficou muito rápida após início do tratamento quimioterápico. Segal (1994) descreve que homens com problemas de ereção freqüentemente perdem o controle até atingir o orgasmo, provocando uma ejaculação precoce.

Dos que perceberam alteração no desempenho sexual, 62,4% referiram que precisaram alterar sua prática sexual para continuar obtendo prazer, 18,8% negaram qualquer tipo de alteração e 18,8% não souberam responder. Houve 01 sujeito que apesar de negar qualquer alteração no desempenho, referiu que teve que alterar sua prática sexual para continuar obtendo prazer. Portanto, houve 55% da amostra que referiram alteração no alcance da satisfação sexual.

As alterações mais citadas foram a necessidade de mais estímulo e concentração para atingir o prazer e a mudança da posição durante a relação. Essa mudança diz respeito a passividade durante o ato sexual, argumentando que a obtenção do prazer passou a depender da parceria sexual.

É válido considerar que o paciente portador de neoplasia, ao vivenciar o sofrido processo do tratamento da doença, passa por adaptações em vários aspectos da vida, até mesmo na sua capacidade para alcançar a satisfação desejada.

Quanto à satisfação sexual, 75% de toda a amostra apresentaram-se insatisfeitos, sendo que 03 destes sujeitos são os que interromperam sua atividade sexual. Ao questionar a capacidade de alcançar a satisfação numa atividade sexual, 80% confirmaram se sentirem capazes, porém, um destes pacientes não está com sua vida sexual ativa; 10% argumentaram que não se sentem capazes e 10% referiram que não sabem. Os dois sujeitos, que argumentaram não se sentirem capazes, são do sexo feminino e têm parceiros fixos.

Quanto à percepção de sentimentos diferentes durante a relação sexual, apenas 02 sujeitos referiram tensão e ausência de sensação. O sujeito que mencionou apresentar esta ausência de sensação é o mesmo que referiu que não sente prazer durante a relação, argumentando que “dá vontade de parar a relação”.

Além das 02 pacientes que referiram não se sentirem capazes de alcançar a satisfação desejada e dos 03 sujeitos que não estão satisfeitos por interromperem suas atividades, ao analisar as respostas dos 11 sujeitos que referiram ter alterado sua prática sexual para continuar obtendo prazer, observou-se que houve 10 deles que alteraram sua prática e não se manifestaram satisfeitos sexualmente. Portanto, obteve-se, nesta clientela, 15 pacientes que neste momento da sua vida apresentam uma incapacidade de alcançar a satisfação desejada (75%).

Clark e McGee (1997) ressaltam que a quimioterapia raramente provoca alteração na fase do orgasmo, isto ocorrerá mediante a presença de efeitos neurológicos, como as neuropatias, quando atingem os nervos que regem

o reflexo orgásmico. Mas pode ser comprometida pela presença da dor durante a relação ou pela própria doença provocando um bloqueio emocional.

O portador de neoplasias hematológicas demonstrou em seus depoimentos que a busca pela satisfação sexual é uma maneira de combater o estresse, conforme relatou uma paciente “tem tanta coisa que não pode fazer, se não puder ter relação!”.

Quanto à característica definidora “limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica”, sua investigação ocorreu a partir das alterações levantadas pela avaliação clínica (exame físico) que poderiam comprometer as fases da resposta sexual e foi perguntado se havia alguma atividade diária que se executava antes do tratamento e que no momento não consegue executar e se, frente a essa(s) atividade(s), acha que não consegue realizar ou já tentou e não conseguiu. O intuito de investigar a interrupção dessas atividades caracteriza-se em detectar dados fisiológicos que reforçam a identificação de alterações nas fases da resposta sexual humana.

Apesar de referirem a interrupção do trabalho, estudo, atividades esportivas e de lazer, como a dança, o passeio com amigos e o cuidado com plantações, houve o relato de limitações que podem influenciar diretamente as fases da resposta sexual como o andar a longas distâncias, subir escada e carregar peso. A interrupção dessas atividades está relacionada com a presença do cansaço aos pequenos esforços e fraqueza, evidenciados por aumento da respiração, segundo as respostas dos sujeitos.

É importante salientar que a fraqueza e o cansaço são sintomas freqüentes no paciente portador de doenças onco-hematológicas, decorrente da anemia e dos efeitos indesejáveis da quimioterapia como as náuseas, vômitos, constipação intestinal e diarreia que acarretam indisponibilidade na vida diária (COURTENS; HUIJER ABU-SAAD, 1998; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2001). Por sua vez, essa indisponibilidade reflete na vida sexual, interferindo em uma ou mais das três fases da resposta sexual.

Associado a estes sinais e sintomas, há de se considerar que durante a execução da atividade sexual, há uma maior exigência física do organismo, em decorrência das mudanças nas freqüências cardíaca e respiratória e na pressão arterial, segundo os estudos de Masters e Johnson (KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).

A partir da análise dessas informações, estabeleceu-se a característica “limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica” para 65% dos sujeitos, comprovadas por meio de manifestações físicas que comprometem uma ou mais fases da resposta sexual.

Relacionado à fase da resposta sexual do desejo foi questionado quanto à vontade de manter atividades sexuais antes e após a mudança do estado de saúde, de quem é a responsabilidade de iniciar uma relação sexual, se pratica sexo por obrigação e se é agradável participar de uma relação sexual.

Na amostra, 90% dos sujeitos referiram que sempre tiveram desejo por atividades sexuais e 10% afirmaram que esse desejo esteve presente às vezes, porém, 55% afirmaram que após a mudança do estado de saúde o desejo

diminuiu, 35% informaram que nada alterou e 10% relataram ter aumentado. Estes 02 pacientes que referiram ter aumentado o desejo sexual são do sexo masculino e os dois têm 21 anos de idade, para um deles a relação sexual acontece raramente devido a parceira morar em outra cidade e não ter como visitá-la e para o outro a relação teve que ser interrompida por motivo religioso. Ambos argumentaram que continuam com a prática da masturbação, mas foram unânimes em responder que tudo que é proibido estimula a vontade de fazer tal ação.

Nenhum sujeito da amostra referiu que não é agradável participar da relação sexual; 70% afirmaram que é agradável e 30% argumentaram que não era possível responder, pois não estão mantendo relação sexual no momento.

Quanto à responsabilidade de iniciar uma relação sexual, 04 sujeitos da amostra (20%), apesar de afirmarem ser agradável participar de uma relação sexual, referiram que antes do estado de saúde atual os estímulos que davam início a relação eram oriundos de si e sua parceria. Atualmente, a relação só começa se a parceria quiser. Além dessa alteração, houve 03 desses sujeitos que referiram, atualmente, praticar sexo por obrigação.

Analisando esses dados, observa-se que dos 04 sujeitos que antes iniciavam a relação sexual junto com seus parceiros e hoje só participam quando forem solicitados, 03 referiram que o desejo sexual diminuiu após a doença e 01 defendeu que nada alterou. Mas, por referir que iniciava a relação e hoje não tem estímulos para isso, praticando sexo por obrigação, argumentou que muitas vezes participa da relação apenas para satisfazer a esposa.

Frente ao que foi exposto, julgou-se que 12 sujeitos apresentaram uma percepção de escasso desejo sexual, resultando numa incidência dessa característica definidora de 60%.

A etiologia da falta de desejo sexual envolve fatores orgânicos e psicológicos. Os orgânicos englobam anomalias genéticas e congênitas; diversas doenças agudas e crônicas, principalmente, por provocar debilidade, náusea, febre, dor e tontura e as drogas do tipo depressores do Sistema Nervoso Central, tranqüilizantes, antidepressivos, antidopaminérgicas, antagonistas da aldosterona, alfametildopa e substâncias androgênicas. Os fatores psicossociais relacionam-se a aprendizagem familiar resultante de uma educação sexual repressiva; as vivências sexuais destrutivas, como violências sexuais, medo de engravidar e experiências obstétricas traumáticas e os problemas de relacionamento entre o casal (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996).

De um modo geral, a diminuição do interesse sexual pode ser explicada pela diminuição do nível hormonal da testosterona ou pelas alterações metabólicas graves. O hormônio testosterona é considerado um componente hormonal básico que faz a pessoa reagir com apetência e excitação diante de um estímulo erótico. A presença da neoplasia, caracterizada pela sua debilitação generalizada e do tratamento quimioterápico, fisiologicamente, diminuem os níveis desse hormônio, responsável pela apetência sexual, ereção, desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e aquisição de caracteres sexuais secundários, tanto em homens quanto em mulheres. Esse desequilíbrio hormonal tende a ser minimizado após duas a três semanas da aplicação da quimioterapia. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; GUYTON, 1998; SEGAL, 1994).

Além disso, há a indisponibilidade decorrente da severa anemia, vivenciada por esta clientela, das freqüentes náuseas e vômitos e da debilitação do aspecto emocional, pois são pessoas que convivem com o constante sofrimento, medo e preocupação decorrentes da doença e do tratamento, não só quimioterápico, mas também, dos freqüentes procedimentos médicos como as punções de medula e lombar. Relacionando a etiologia da falta de desejo sexual com esses fatores apresentados pela clientela, era esperado que mais sujeitos da amostra demonstrassem pouca energia sexual, pois tivemos na amostra 08 pacientes (40%) que negaram a diminuição desse desejo.

Este fato pode estar relacionado às condições de saúde atual do paciente, pois 04 eram homens jovens entre 19 e 27 anos, idade em que se espera ter uma vida sexualmente ativa, e as suas falas demonstraram carência desse tipo de atividade. Os demais sujeitos apesar de estarem em tratamento quimioterápico, o fazem há mais de 01 ano, mostrando-se em melhores condições de saúde do que os que estão iniciando o tratamento.

Considera-se, também, que as reações à inapetência sexual não são idênticas para todas as pessoas. Cavalcanti e Cavalcanti (1996) e Kaplan (1977), argumentam que nas mulheres, as reações à inapetência sexual podem variar desde a aceitação passiva, passando pela negação do ato sexual até a angústia de ter de se submeter a prática da relação sexual não-desejada e nos homens, a principal reação consiste em evitar o ato sexual.

Além disso, Cavalcanti e Cavalcanti (1996) ressaltam que o desejo sexual por se caracterizar como uma resposta encoberta, não apresenta nenhum indicador para que o seu grau seja medido em uma pessoa. Estes autores até

apresentam estudos que observam a presença da inapetência sexual mais freqüente em mulheres do que em homens, porém, defendem que a presença da inapetência sexual varia de acordo com a sociedade estudada e o momento histórico que o grupo humano vivencia.

Para a investigação da característica 'busca de confirmação da qualidade de ser desejável', foi perguntado se o paciente considera-se uma pessoa atraente/sensual hoje e antes da mudança do estado de saúde; se desperta o desejo sexual no parceiro; se houve mudanças físicas após o tratamento; se há preocupação com sua imagem; se as modificações interferiram na vida sexual, em caso afirmativo, era questionado se esta interferência ocorreu no sentido de se sentir diferente das outras pessoas ou de não se sentir desejável pelo outro e, finalmente, perguntou-se o que há de mais atraente no seu corpo.

De toda a amostra estudada, 90% sempre se sentiram atraente/sensual, 5% nunca se sentiu desejável, apesar de ter parceria fixa e 5% não soube dizer. Dos que sempre referiram se sentir desejável, 61,1% hoje não se sentem mais atraentes e o sujeito que não soube responder também referiu que hoje não se sente uma pessoa desejável pelos outros, portanto, houve 12 sujeitos da amostra que não se sentem atraentes no momento (60%).

Esse sentimento de não se sentir uma pessoa atraente para o parceiro é mais um dos efeitos indesejáveis do tratamento do câncer, caracteriza-se pela mudança da auto-imagem corporal, causada pela queda dos cabelos, escurecimento da pele, emagrecimento ou edema dentre tantas outras (BONASSA, 1996).

Segal (1994) defende que a presença dessas cicatrizes visíveis, principalmente, se a pessoa acometida for jovem e solteira, pode ser bastante penoso não só fisicamente como também emocionalmente.

Com relação a capacidade de despertar o desejo sexual no parceiro, 55% da amostra afirmaram que conseguem despertar o desejo na parceria, 30% não souberam responder em decorrência da falta de parceiro sexual no momento ou da ausência da relação sexual e 15% argumentaram que não despertam o desejo. Analisando os dados, constatou-se na amostra que houve 05 sujeitos que, apesar de não se sentirem atraentes, acreditam conseguir despertar o desejo sexual.

Como já era esperado, a maioria da amostra (95%) apresentou alterações físicas, relatadas pelos próprios pacientes e detectadas pelo exame clínico. As mais freqüentes foram as alterações na cor e textura da pele (70%); alopecia (70%) e alterações no peso (70%), sendo que 07 respondentes referiram aumento, em decorrência do edema e 07 diminuição. De todos os sujeitos que apresentaram uma ou mais dessas alterações, 57,9% referiram que se preocupam com sua imagem e apenas 15,8% acreditam que essas modificações interferiram na sua vida sexual, no sentido de não se sentirem atraentes. Destes, 02 pacientes são do sexo feminino e tiveram seu relacionamento sexual interrompido recentemente e o outro é do sexo masculino e argumentou que “hoje as meninas correm dele”.

Essas mudanças provocam preocupações angustiantes em relação à aceitação social. Correia (2000) argumenta que as melhoras físicas são sentidas imediatamente na vida desses pacientes e quando não ocorrem no grau desejado,

as fantasias e desconfianças se intensificam, despertando sentimentos variados, culminando até mesmo num quadro depressivo.

Ao questionar o que acham mais atraente no seu corpo, 75% mencionaram alguma região, 20% não conseguem enxergar nada de atraente e um paciente não soube responder a questão.

Ao fazer estas questões ao paciente, todos os que afirmaram não se sentir desejáveis, demonstraram atitudes que comprovam a sua busca em confirmar a qualidade de se sentir desejável, sendo 50% mulheres e 50% homens. As mulheres referiram uso de lenço, peruca, chapéu, brincos, cosméticos e roupas para se tornarem mais atraentes, além disso, referiram que sempre estão perguntando ao parceiro sexual se continuam gostando delas mesmo assim, outra referiu que gosta de ouvir elogios do parceiro e houve 01 paciente que referiu sempre olhar no espelho para ter a percepção do quanto está diferente, assim também ocorreu com um paciente do sexo masculino e os demais perguntam as parceiras se continuam com o mesmo sentimento por eles, apesar da mudança da aparência física. Portanto, a incidência da característica definidora “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” foi de 60%.

Essa confirmação de ser desejável mostrou-se estar relacionada com o grau de comprometimento da aparência física e com a falta de um parceiro sexual, pois todos os sujeitos que negaram a busca dessa confirmação estavam com sua aparência física pouco comprometida, somente com alterações de peso e com alopecias imperceptíveis ou não tinham parceiros sexuais no momento.

Segal (1994) defende que é importante a Enfermagem incentivar o paciente portador de uma neoplasia a expressar sentimentos positivos em relação

a si, fazendo com que descubra e aprenda a valorizar partes atraentes do seu corpo.

Para investigação da característica definidora “verbalização do problema”, foi perguntado aos sujeitos se, em algum momento do tratamento, haviam comentado ou sido abordados por algum profissional da saúde a respeito da sua vida sexual. Apenas 15% da amostra referiram que foram abordados pela equipe de saúde, sendo que em 02 casos a abordagem ocorreu pelo médico e o outro pela enfermeira e os assuntos abordados foram a possibilidade de não ter filhos e a necessidade do uso do preservativo durante as relações sexuais. Dentre esses casos, houve uma paciente que referiu que foi abordada pelo médico, porém, num outro momento sentiu a necessidade de se informar a respeito da infertilidade.

Sendo assim, 45% afirmaram que nunca conversaram sobre o assunto sexualidade com algum profissional; 40% da amostra referiram que questionaram o médico a respeito de como seria a relação sexual durante o tratamento, incluindo informações sobre as consequências de não se usar o preservativo e sobre a possibilidade de não terem filhos; 10% foram abordados por algum membro da equipe de saúde e 5% foi abordada e comentou com o médico. Ainda, foi perguntado aos sujeitos, se tivessem que falar sobre esse assunto (problemas relacionados a sexualidade) com qual profissional falaria: 75% citaram o médico, 10% o psicólogo, 5% o enfermeiro e 10% não saberiam com quem falar.

Observa-se que de toda a amostra estudada, considerando a respondente que foi abordada e ainda comentou com o médico sobre o assunto, apenas 45% verbalizaram ao médico preocupações sobre sua vida sexual frente a

doença e ao tratamento, porém, dentre os 45% que não foram abordados ou não falaram com nenhum profissional, durante a entrevista referiram os mais variados problemas relacionados à sua vida sexual, principalmente, os homens a respeito da fase da resposta sexual da excitação, mas não verbalizaram o problema. Tal fato demonstra que a característica definidora verbalização do problema teve 45% de incidência na amostra estudada, comprovando que o assunto sexualidade ainda é um tabu em nossa sociedade.

Estes dados corroboram com o estudo de LeMone (1993) sobre validação das características definidoras do diagnóstico de “Padrão de Sexualidade Alterado” realizado com 11 pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, que demonstraram dificuldades dos sujeitos em discutir como se sentem sexualmente frente a mudanças atuais ou potenciais da função sexual. Esta foi uma característica denominada, pela autora, de “dificuldade em verbalizar interesse sexual” (p.60). Porém, a autora, validou esta característica no diagnóstico “Padrão de Sexualidade Alterado” hoje denominado de “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, mas sua definição operacional refere-se a função sexual.

Referente a característica definidora “mudança do interesse por si” foi perguntado se atualmente sente uma perda de interesse por si próprio e por alguma atividade do dia a dia relacionado ao auto-cuidado. De toda a amostra estudada, apenas 30% afirmaram que durante o tratamento sentem uma “sensação de desânimo” em relação a si, conforme relataram alguns respondentes, interferindo até mesmo no seu auto-cuidado. Todos estes sujeitos apresentaram manifestações de alteração em uma ou mais fases da resposta sexual humana, principalmente, na fase do desejo sexual.

Clark e McGee (1997) retratam que os distúrbios da auto-estima em pessoas portadoras de neoplasias podem ocorrer e resultar na privação e bloqueio em realizar tarefas relacionadas ao auto-cuidado. Para isso, ressaltam a importância da Enfermagem em auxiliar o cliente a estabelecer objetivos realistas para o auto-cuidado e proporcionar reforço positivo para que participem da sua realização.

Além destes, houve 02 sujeitos que apesar de afirmarem uma perda de interesse por si ou por alguma atividade do dia a dia não se adequaram a característica “mudança do interesse por si”, pois argumentaram que essa perda de interesse ocorre em alguns dias que não acordam bem e se sentem desanimados. Deve-se considerar que, independente de termos ou não um problema de saúde, é normal acordarmos alguns dias desanimados com a vida. Portanto, analisando a entrevista desses pacientes como um todo, constatou-se que essa característica não se enquadrava a esses clientes. Sendo assim, a característica definidora “mudança do interesse por si” apresentou uma incidência de 30%.

Esta baixa incidência, nesta clientela, pode ser explicada pela presença marcante da fé, que os motivam com uma grande esperança de vida. Geertz (1989) defende que a religião abre novas perspectivas de vida para o paciente com câncer e ao mesmo tempo os motivam a suportar o sofrimento.

Outras justificativas encontradas em suas falas para essa esperança fundamentam-se nos recursos tecnológicos e científicos atuais do tratamento do câncer e na solicitação da equipe de saúde em apoiar e colaborar com o tratamento, argumentando que as doenças onco-hematológicas respondem rápido

aos tratamentos, proporcionando curas iniciais, por isso, são pacientes que demonstraram tentar viver normalmente com a doença durante o tratamento. Nucci (2003) defende que é comum os pacientes portadores de algum tipo de câncer apresentarem uma projeção de sonhos e expectativas positivas no amanhã, transformando o hoje, onde buscam sempre algo melhor para si.

Sendo assim, cabe a Enfermagem continuar incentivando-os a terem uma visão otimista do tratamento e da vida. Além disso, é necessário acrescentar que o aspecto espiritual na assistência a saúde do paciente oncológico não deve ser negado. Caetano (2003) defende que a equipe de saúde deve conhecer, respeitar e dar importância a vida espiritual do paciente, no sentido de tratar a saúde do ser humano na sua integridade.

Além disso, deve-se considerar que o paciente com câncer passa por diferentes períodos no decorrer da doença. O primeiro é marcado pelo choque ao descobrir a doença, depois ao iniciar o tratamento percebem que o que está acontecendo é real, em seguida, há um período de não saber nem o que pensar e depois começam a planejar o futuro (PINTO, 2003).

Dentre os 06 sujeitos que manifestaram uma perda de interesse por si, chama a atenção o fato de 66,7% estarem em tratamento contra o câncer há mais de 02 anos. Para estas pessoas o tratamento longo e sofrido pode ter levado ao desânimo.

Quanto à característica “mudança do interesse pelos outros”, apesar de ter recebido um escore menor que 0,50 na Validação por Especialistas, foi verificado sua incidência clínica, conforme já explicado. Para isso, foi questionado a percepção de mudanças em relação ao convívio no meio social, ou seja, se há

preferência em conviver em companhia de familiares/amigos ou excluir-se da participação social. Apenas 15% referiram que hoje preferem excluir-se da participação social, ou seja, preferem ficar quietos e sozinhos.

Segundo Woods (1995), alguns pacientes podem desenvolver uma auto-focalização numa situação específica e isto ser prejudicial para a socialização do paciente e, também, para a auto-estima.

Do exposto, ressalta-se que é esperado nos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, durante o tratamento, a diminuição do desejo sexual, dificuldades na ereção e na lubrificação e estreitamento vaginal e alteração na satisfação sexual, provocados pelo quadro de anemia, pela quimioterapia e pelo fator emocional da doença. Cabe a Enfermagem esclarecer que o melhor período para manter atividades sexuais será duas a três semanas após aplicação da quimioterapia, mas, para isso, deve ser informado que também é necessário haver disposição para um relacionamento sexual, pois, certamente serão necessários mais estímulos sexuais do que o normal para sua excitação.

Referente às sugestões de inclusão das características definidoras propostas pelos enfermeiros peritos, apenas a característica “demonstra interesse em receber orientação sexual” apareceu em 06 sujeitos da amostra, a principal orientação que queriam saber referem-se a informações sobre a prática da relação sexual durante o tratamento e as conseqüências em não usar o preservativo. Sendo assim, sua incidência foi de 30%.

No diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” foram investigadas a incidência das 05 características definidoras validadas pelos enfermeiros peritos; apesar da característica “conflito envolvendo valores” ter

recebido um escore menor que 0,50 na Validação por Especialistas, esta foi observada para certificar-se de sua ausência na clientela estudada, conforme descrito na metodologia deste estudo.

Conforme observa-se na tabela 15, a característica definidora “dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” foi a mais freqüente.

Tabela 15 – Distribuição da incidência das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas (N=20). Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Freqüência	%
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	17	85
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	14	70
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	08	40
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	06	30
- Conflito envolvendo valores	02	10

Para a investigação da característica definidora mais freqüente foi perguntado o que é mais difícil na vida sexual após o tratamento, porém as respostas que se referiam às fases da resposta sexual não foram consideradas na análise desta característica, somente aquelas que dizem respeito ao aspecto comportamental de exercer a atividade sexual ou a sexualidade.

De toda a amostra estudada, 85% referiram algum tipo de dificuldade que interfere no comportamento sexual, 5% não soube responder e 10% referiram

somente problemas relacionados às fases da resposta sexual. Sendo assim não foram consideradas nessa característica.

A principal dificuldade ou limitação caracterizada como motivo de preocupação em suas vidas foi o medo de se adquirir uma infecção decorrente da baixa imunidade (70,6%), caracterizando um fator que preocupa a sua sexualidade. Além disso, houve a questão de uma possível infertilidade; o medo de não satisfazer a parceria sexual; o enfrentamento da relação sexual e houve 01 paciente que afirmou dificuldade, mas não soube especificar. Sendo assim, a incidência da característica “dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” foi de 85%.

Os pacientes portadores de doenças onco-hematológicas normalmente apresentam um quadro de neutropenia, decorrente da própria doença ou do tratamento, tornando-os vulneráveis a processos infecciosos. Por sua vez, esse quadro conduz o paciente a se proteger, sendo necessário, por exemplo, o uso do preservativo durante a relação sexual, de máscaras em determinados locais e situações, do isolamento hospitalar dentre várias outras precauções.

São estas necessidades de proteção que interferem no comportamento sexual do paciente onco-hematológico, não só durante a relação sexual, como a falta de adaptação ao uso do preservativo, mas também, na maneira de expressar a sua sexualidade, manifestada pela dificuldade de encontrar uma pessoa com quem se relacionar e pela restrição do beijo.

O uso do preservativo foi relatado por 70% da amostra, 20% referiram não saber da necessidade do seu uso e 10% sabem da necessidade do uso, mas no momento não mantém relação sexual. Dos que referiram usar o preservativo,

houve 02 pacientes que afirmaram dificuldades de adaptação ao seu uso, sendo este um recurso essencial, em virtude da supressão da imunidade celular e humoral.

A dificuldade de encontrar uma pessoa para se relacionar foi mencionada pelos pacientes que se encontravam sem parceria sexual durante a entrevista, afirmando que não vêem possibilidade de encontrar uma pessoa para firmar um relacionamento, ou melhor, como encontrar uma pessoa se estão doentes, não podem sair em lugares públicos e quando saem têm que ser de máscara.

Observa-se, nessa situação, como a doença onco-hematológica limita o modo de ser de uma pessoa. Cabe lembrar que a sexualidade, segundo Chauí (1991), deve ser entendida como nossas relações com o outro, com o nosso corpo e o alheio, com os objetos e situações que nos agradam ou desagradam, nossas esperanças, medos e sonhos reais e imaginários, conscientes e inconscientes.

A questão da restrição do beijo foi percebida como uma dificuldade que interfere no relacionamento sexual, retratando que a relação sexual não é puramente genital, como mencionou um dos respondentes: “a relação começa de manhã com um beijo, durante o dia todo com abraços e beijos, para a noite se concretizar”.

Como se percebe, as dificuldades e limitações decorrentes da necessidade de proteção de infecção envolvem a dimensão sexual das pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas.

No estudo de LeMone (1993), a diminuição da frequência da atividade sexual também foi detectada nas pessoas portadoras de Diabetes, devido ao

medo de sentir dor durante a relação sexual, decorrente das freqüentes infecções vaginais a que as mulheres diabéticas estão submetidas.

Dentre os pacientes que acreditam que a dificuldade está na possibilidade de não gerar filhos, houve 01 respondente do sexo masculino que disse esconder da namorada este fato, porém, referiu que a equipe médica havia agendado a captação de sêmen para a próxima semana. Sabe-se que hoje existem em hospitais de grande porte, projetos de armazenamento de sêmen para casos de provável infertilidade imposta pelo tratamento, porém, essa alternativa não é acessível para as mulheres, pois não existem métodos de se armazenar óvulos.

Hogan (1985) argumenta que é comum nestes casos, um sentimento de culpa pela infertilidade que pode atrapalhar o relacionamento sexual.

Ao discutir a característica definidora “verbalização do problema”, observa-se que um dos assuntos que fazem esses pacientes procurarem os médicos é a possível infertilidade.

O medo de não satisfazer a parceria sexual e o enfrentamento da relação, podem estar relacionados com a falta de comunicação entre o casal. Segundo Hogan (1985), os parceiros devem expressar seus sentimentos sexuais um ao outro e não esperar que o outro descubra suas ansiedades e necessidades. Segal (1994, p.22) descreve que “o sexo é uma forma de comunicação física entre os parceiros e o diálogo será de grande valia”.

Relacionado às “mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”, foi perguntado se atualmente há percepções de mudanças na sua vida sexual. Do total da amostra, 70% dos respondentes confirmaram que

ocorreram mudanças e 30% afirmaram que nada mudou. Dentre estas 06 pessoas que referiram que nada mudou, destacam-se 02 pacientes do sexo feminino que referiram mudanças para melhor, argumentando a preocupação do parceiro sexual em relação a sua satisfação sexual. Sendo assim, a incidência desta característica foi de 70%.

A principal mudança relatada pelos sujeitos refere-se à diminuição ou interrupção da atividade sexual após descobrir a doença. Houve 03 respondentes do sexo masculino que argumentaram que a mudança está na relação sexual como um todo, referindo que “antes não era assim”, pois percebem que há um comprometimento da satisfação sexual da parceira e 02 respondentes que não souberam relatar qual foi a mudança, apesar de afirmarem sua presença.

A atividade sexual dos pacientes portadores de neoplasias do sangue passa a ser comprometida pela doença quando seus primeiros sinais e sintomas começam a se manifestar, caracterizados por sensação de fraqueza e desânimo. Uma das pacientes de 21 anos de idade refere que alguns meses antes de descobrir a doença ter relação sexual “era um incômodo”.

Após os primeiros meses de tratamento, estes sintomas tendem a melhorar, porém, há outros tantos fatores físicos – como as constantes internações hospitalares – e psicológicos relacionados à doença, que a atividade sexual se torna pouco freqüente ou até impossível de acontecer. Nesta amostra, dos 04 sujeitos que interromperam a atividade sexual após a doença, dois possuem parceria sexual fixa.

Segal (1994) argumenta que uma pessoa durante uma doença grave ou terminal, mesmo não estando com uma vida sexualmente ativa, permanece com sua expressão física de afeição para que possa dividir intimidades.

Os profissionais da saúde ao levantar dados sobre a sexualidade e detectar que o paciente não está mantendo relação sexual, mesmo tendo um relacionamento amoroso, deve estimulá-lo para o prazer de acariciar ou de ser acariciado. Pois, a atividade sexual pode cessar, mas a sexualidade faz parte da vida e da nossa personalidade.

Quanto à característica “alterações no desempenho do papel sexual percebido”, foi questionado se a maneira da sua expressão sexual combina com as normas e expectativas do meio que convive. Toda a amostra referiu que sua expressão sexual atende as normas da sociedade, mas houve 08 pacientes (40%) que mostraram uma preocupação com seu papel feminino e masculino. Cabe ressaltar que alguns pacientes referiram mudanças nos seus papéis sociais, porém, não demonstraram comprometimento no seu papel sexual.

Cinco destes respondentes eram do sexo masculino, dentre eles, destaca-se um paciente que referiu que antes da doença apresentava um cabelo muito bonito e um corpo forte, ressaltando que era um moço bonito e disputado pelas meninas que apreciavam seu porte físico e o outro argumentou que sempre teve barba, esta era muito cuidada e as pessoas o reconheciam pela mesma, inclusive, sua esposa, com isso, lamentou que nos dias de hoje, parece faltar algo, referindo que era a sua “marca”.

Também tivemos na amostra 02 mulheres que apresentaram uma certa preocupação com a aparência física, no sentido de deixá-las menos feminina,

principalmente, decorrente da alopecia, inclusive, uma delas referiu que só tem relação sexual com peruca ou lenço e uma demonstrou que a impossibilidade de executar atividades domésticas e de exercer o papel de mãe, provocam uma sensação de incapacidade de ser mulher. Portanto, a incidência desta característica foi de 40%.

Os pacientes portadores de doenças onco-hematológicas deixam de exercer seus papéis sociais por se afastarem de sua rotina de vida e adotam o papel de 'doente', assim denominado por Nucci (2003), que caracteriza-se pelo empenho em se tratar, procurar o atendimento, cumprir as prescrições e cooperar com os médicos. Para isso, são obrigados a abandonar, mesmo que temporariamente, o papel de pai ou de mãe e o profissional. Pois, sua vida durante o tratamento passa a ser no hospital e, quando em casa, sentem-se impossibilitados de exercer até mesmo seus papéis familiares por estarem sob o efeito da quimioterapia e das medicações associadas.

Essa mesma autora argumenta que o paciente portador de neoplasia após descobrir a doença, pode passar a depender da família e da equipe médica durante a internação e manutenção do tratamento.

Referente à característica "alterações no relacionamento sexual com pessoas significativas", foi questionado se há alguma preocupação com sua vida sexual, se essa preocupação chega a atrapalhar ou sempre atrapalhou seu relacionamento sexual, se há percepção de mudança no relacionamento com pessoas que convive no dia a dia e no relacionamento com o(a) parceiro(a) sexual.

Sete sujeitos da amostra (35%) referiram preocupações, mas, apenas 02 referiram que esta preocupação chegou a atrapalhar seu relacionamento sexual. Foram citadas preocupações referentes a ereção, a obtenção de prazer e a possibilidade de não ter filhos, mas como se percebe já foram abordadas em outras características definidoras.

Ao questionar sobre percepção de mudanças no relacionamento com pessoas significativas, 10% afirmaram mudanças negativas após o aparecimento da doença, um deles referindo que todos os amigos sumiram e a outra paciente afirmou que antes da doença estar com a família significava ser uma pessoa ativa e hoje se sente impossibilitada.

Pelos relatos, ficou evidenciado na amostra que os familiares se aproximam do paciente, melhorando significativamente o relacionamento familiar, conforme evidenciado em 90% da amostra.

Referente à mudança no relacionamento com a parceria sexual, 30% dos respondentes confirmaram a percepção de alteração no relacionamento. Desta porcentagem, 03 pacientes referiram problemas de comunicação entre o casal; 02 terminaram o relacionamento e 01 argumentou a percepção do afastamento das amigas com quem se divertia. Sendo assim, a incidência desta última característica foi de 30%.

Conforme já discutido, a falta de comunicação sobre os sentimentos entre o casal é um fator prejudicial para o relacionamento, Hogan (1985) caracteriza esta situação como um isolamento sexual. Este fato foi evidenciado pelos 03 sujeitos da amostra que referiram que o assunto entre o casal após a mudança do estado de saúde passou a ser doença, tratamento e família.

O rompimento do relacionamento amoroso durante o tratamento quimioterápico ocorreu com 02 respondentes do sexo feminino, uma delas argumentou que o parceiro não a via “mais como mulher e sim como uma pessoa doente” e a outra referiu que não tinha sentido continuar o namoro, pois ela ficava mais tempo internada do que em casa. Este tipo de atitude ocorre em potencial quando a pessoa acometida pelo câncer é do sexo feminino (FREITAS, 1994; HOGAN, 1985; SEGAL, 1994).

Segundo Craing e Edwards (1983), é da natureza das pessoas apresentarem dificuldades em aceitar a realidade das doenças, a presença do sentimento de dó e do inconformismo conduzem a parceria sexual a uma situação de vulnerabilidade com seus mecanismo de enfrentamento direcionados para processos de adaptação negativa, caracterizando a instalação de uma crise.

Além da falta de comunicação, outro fator importante a ser destacado no rompimento de relacionamentos após descobrir a doença é a presença de estigmas em relação à pessoa com câncer, fato que pode ter ocorrido com o respondente que referiu o afastamento das suas amigas (HOGAN, 1985).

Segundo Kleinman (1988 apud PINTO, 2003, p.62), o estigma é um termo aplicado à pessoa que é vista como pecadora ou culpada, ou com uma conotação moral de fragilidade e de descrédito. Portanto, a parceria sexual pode acreditar que aquela pessoa é impura ou que a abstinência sexual protegerá a recorrência do câncer ou mesmo que o câncer possa ser contagioso. Na amostra houve dois sujeitos que acreditavam que poderiam transmitir o câncer hematológico durante a relação sexual.

Ressalta-se a importância da Enfermagem em investigar a dimensão sexual do paciente e sanar suas dúvidas em conjunto com a equipe médica, de psicólogos e terapeutas sexuais, caso houver.

É importante mencionar que houve 07 pacientes que referiram que o relacionamento sexual mudou para melhor após a doença, pois se sentem mais valorizados pela parceria.

Para investigar a característica definidora “conflito envolvendo valores”, foi perguntado quais suas práticas religiosas vigentes, se a religião tem influência na vida sexual da pessoa e se há crenças ou valores que interferem na sua sexualidade.

As práticas religiosas mais freqüentes referem-se à missa (55%), oração em casa por meio da TV e rádio (35%), em decorrência da indicação de evitar ambientes de aglomeração de pessoas por causa da baixa imunidade e 10% afirmaram que no momento não exercem nenhuma prática religiosa.

A influência da religião na sua vida sexual foi mencionada por apenas 02 pacientes solteiros, referindo serem evangélicos há pouco tempo. Um desses rapazes afirmou que deseja muito ter relação sexual com sua parceira e se preocupa, pois isto é contraditório aos preceitos da religião. O outro mesmo sem parceira fixa, mencionou que ainda não sabe se respeitará os princípios religiosos que reprovam relações sexuais antes do matrimônio. Houve 35% da amostra que referiram influência da religião na vida sexual, porém afirmaram que isto não caracteriza um problema em suas vidas.

Referente às crenças ou valores, as enfermeiras observadoras não conseguiram identificar na amostra afirmação de sua presença. Sendo assim, a incidência da característica “conflito envolvendo valores” foi de 10%.

Quanto à sugestão de inclusão da característica definidora “hiperatividade sexual em resposta a mecanismos de auto-afirmação”, que emergiu na Validação por Especialistas para este diagnóstico de enfermagem, não houve incidência na amostra estudada.

A análise dos resultados das incidências das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” demonstra que o paciente portador de doenças onco-hematológicas, durante o tratamento, tem sua sexualidade comprometida. A doença e o tratamento quimioterápico colaboram para alterações nas funções sexuais e na maneira de expressar a sexualidade.

Estes pacientes apresentam problemas na função sexual no que se refere ao desejo sexual, ao sentimento de não se sentir desejável, a excitação sexual e a satisfação sexual.

Estes problemas são percebidos pelos pacientes com doenças onco-hematológicas como limitações impostas pela doença e pelo tratamento, mas geralmente não são comunicadas à equipe de saúde espontaneamente. Contudo, induzidos a explorarem esta dimensão, alguns acabam verbalizando suas preocupações e dificuldades.

Marcados pelo medo de adquirir uma doença devido a queda severa no sistema auto-imune, freqüente nas patologias onco-hematológicas, o paciente se vê diante de preocupações que se referem a sua sexualidade, na maioria das

vezes, são de difícil solução, como as limitações em encontrar pessoas para começar um relacionamento sexual, ou até mesmo impossível de se resolver, como a preocupação em relação à possível infertilidade feminina, que acaba exigindo a intervenção de uma equipe multiprofissional.

Por sua vez, estas dificuldades conduzem a alterações no comportamento sexual, que vão desde a diminuição da frequência da atividade sexual, até o extremo de estabelecer que a vida sexual deve ser interrompida após o diagnóstico da doença.

6.3.4 Coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores clínicos das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”

Com o intuito de apresentar a incidência de cada característica definidora corrigida pela concordância entre as enfermeiras diagnosticadoras, passamos a descrever o coeficiente de confiabilidade, conforme apresenta a tabela a seguir.

Tabela 16 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO “DISFUNÇÃO SEXUAL”	Coeficiente de confiabilidade
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	0,88
- Percepção de alteração na excitação sexual	0,75
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	0,75
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	0,63
- Percepção de escasso desejo sexual	0,60
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	0,60
- Alteração no alcance da satisfação sexual	0,55
- Verbalização do problema	0,45
- Mudança do interesse por si	0,30
- Mudança do interesse pelos outros	0,15

Conforme pode ser observado na tabela 16, houve 03 características definidoras, cujos coeficientes não alcançaram o escore de 0,50: “verbalização do problema”; “mudança do interesse por si” e “mudança do interesse pelos outros”.

As 06 características que receberam coeficientes maiores que 0,50 e menor que 0,80, foram classificadas como características de menor frequência: “percepção de alteração na excitação sexual”, “incapacidade de alcançar a satisfação desejada”, “limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica”, “percepção de escasso desejo sexual”, “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” e “alteração no alcance da satisfação sexual”. Por fim, apenas a característica “limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica” foi classificada como característica de maior frequência, por ter apresentado um escore maior que 0,80.

Conforme já constatado pelas incidências das características definidoras, observa-se que dentre as características que obtiveram os maiores coeficientes, englobam alterações relacionadas as três fases da resposta sexual humana (desejo, excitação e orgasmo).

Tabela 17 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo o coeficiente de confiabilidade ponderado as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO “PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES”	Coeficiente de confiabilidade
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,83
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,69
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	0,40
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	0,30
- Conflito envolvendo valores	0,10

Observa-se nesta tabela que, na clientela estudada, apenas 01 característica recebeu coeficiente de confiabilidade ponderado entre observadores maior que 0,80: “dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”; 01 característica foi classificada como de menor frequência: “mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” e as outras 03 características receberam coeficientes menores que 0,50: “alterações no desempenho do papel sexual percebido”, “alteração no relacionamento com pessoas significativas” e “conflito envolvendo valores”.

As duas características definidoras que obtiveram os maiores coeficientes de confiabilidade na amostra estudada são as características que já constam na NANDA (2001).

A partir dos coeficientes de confiabilidade apresentados, foi calculado o escore total de 0,68 para o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” e para “Padrões de Sexualidade Ineficazes” foi de 0,76. Ressalta-se que as características que tiveram coeficientes menores que 0,50 não foram incluídas nesse cálculo, atendendo aos critérios de Fehring (1987).

Para esse autor, um escore total menor que 0,60 significa que o diagnóstico deve ser novamente apurado e/ou rejeitado ou removido da lista de diagnósticos de enfermagem da NANDA, o que não se aplica para este estudo, uma vez que a pesquisa envolveu um número reduzido de sujeitos de uma população específica. Para efeito de generalização devem ser realizados estudos mais amplos.

Entre as possíveis determinantes para os resultados apresentados apontamos: 1 - o potencial constrangimento dos sujeitos em expressar o assunto sexualidade diante de duas enfermeiras; 2 – o reduzido tamanho da amostra, tornando a análise dos dados restrita, pois, apesar de Hoskins (1989) não mencionar um número exato de sujeitos para esta etapa de validação, Fehring (1987) sugere 50 pacientes; 3 - o instrumento de coleta de dados pode não ter abordado todas as características definidoras de forma adequada, principalmente, as que apresentaram o coeficiente de confiabilidade menor que 0,50 e as características que fazem parte do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” que se direcionam para o aspecto psicossocial que envolve a sexualidade, englobando o papel social e sexual e os fatores emocionais, que se focalizam na subjetividade.

Embora, todos os sujeitos da amostra, apresentaram os diagnósticos de enfermagem estudados, comprova-se pela análise dos dados que não houve uma concentração na mesma característica definidora determinante do diagnóstico em todos os sujeitos; pelo contrário, houve uma divergência das características entre os sujeitos. Há que se considerar o número de características definidoras para determinar a presença do diagnóstico. Neste estudo, pela nobreza do objeto estudado, a presença de uma característica definidora foi considerada condição suficiente para se determinar a presença do diagnóstico de enfermagem.

Portanto, julgou-se que os dados obtidos refletem a natureza do objeto; corrobora-se a necessidade de se realizar estudos com estas evidências clínicas em uma amostra mais ampla para que se possa ter condições de generalização.

6.3.5 Análise comparativa entre a Validação por Especialistas e a Verificação da incidência das evidências clínicas

Comparando-se os escores das características definidoras do diagnóstico “Disfunção Sexual” nas fases de validação por especialistas e de verificação da incidência das evidências clínicas, observa-se que a característica definidora “mudança do interesse pelos outros”, que recebeu um escore de 0,48 pelos enfermeiros peritos, obteve na verificação da incidência das evidências clínicas nos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas um escore de 0,15. Isto significa que os enfermeiros peritos acreditam que esta é uma característica muito pouco encontrada nos pacientes para o diagnóstico

“Disfunção Sexual” e no contexto clínico estudado realmente foi encontrada com uma incidência muito baixa.

Apesar de não ter sido encontrada de forma significativa, salientamos que se trata de uma característica pertinente, pois a falta de desejo sexual pode ser descrita como uma mudança do interesse pelos outros.

Tabela 18 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, segundo o escore da Validação por Especialistas e o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Validação por Especialistas	Coeficiente de Confiabilidade
- Percepção de alteração na excitação sexual	0,88	0,75
- Alteração no alcance da satisfação sexual	0,87	0,55
- Incapacidade de alcançar a satisfação desejada	0,84	0,75
- Limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica	0,82	0,88
- Limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica	0,81	0,63
- Percepção de escasso desejo sexual	0,81	0,60
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável	0,81	0,60
- Verbalização do problema	0,72	0,45
- Mudança do interesse por si	0,60	0,30
- Mudança do interesse pelos outros	0,48	0,15

As características “mudança do interesse por si” e “verbalização do problema” foram consideradas na Validação por Especialistas como características de menor frequência; segundo a NANDA (1999, p.144), este tipo de característica “proporciona evidência de sustentação ao diagnóstico, mas pode não estar presente”; nos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas a característica “mudança do interesse por si” apareceu em apenas 30% da amostra

e “verbalização do problema” em 45%. Estes dados reforçam os achados da fase anterior.

As outras 07 características definidoras, conforme se observa na tabela 18, receberam dos enfermeiros peritos escores que as classificaram como características de maior frequência, ou seja, são características que geralmente aparecerão quando o diagnóstico “Disfunção Sexual” estiver presente.

No contexto clínico estudado, a característica “alteração no alcance da satisfação sexual” apareceu em 55% da amostra; “busca de confirmação da qualidade de ser desejável” e “percepção de escasso desejo sexual” em 60%; “limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica” em 65% e destacam-se “incapacidade de alcançar a satisfação desejada” e “alteração na excitação sexual” que apareceram em 75%.

A única característica que apareceu em mais de 80% dos pacientes onco-hematológicos corroborando com o escore atribuído na Validação por Especialistas foi “limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica”.

Como se pode observar, características definidoras que os enfermeiros peritos acreditam estar presentes em pacientes que apresentam o diagnóstico “Disfunção Sexual”, foram observadas entre 55% a 90% da amostra. Excluída a característica definidora que recebeu escores superiores a 0,80 pelos enfermeiros peritos e no ambiente clínico, as demais podem estar sujeitas ao tamanho da amostra ou a natureza e complexidade do diagnóstico estudado.

Para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, observa-se, na tabela a seguir, que na característica “conflito envolvendo valores”, os enfermeiros peritos atribuíram um escore abaixo de 0,50 e, realmente, na clientela estudada foi

uma característica que apareceu em apenas 10% da amostra, obtendo um coeficiente de confiabilidade de 0,10, porém, julga-se necessário que esta característica definidora sofra um novo processo de investigação com outro grupo de sujeitos, com questões direcionadas para crenças e credences sexuais.

Tabela 19 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, segundo o escore da Validação por Especialistas e o coeficiente de confiabilidade ponderado entre as enfermeiras diagnosticadoras. Ribeirão Preto, 2003

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	Validação por Especialistas	Coeficiente de Confiabilidade
- Dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,77	0,83
- Alteração no relacionamento com pessoas significativas	0,71	0,30
- Mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	0,69	0,69
- Alterações no desempenho do papel sexual percebido	0,64	0,40
- Conflito envolvendo valores	0,48	0,10

As características “alterações no desempenho do papel sexual percebido” e “alteração no relacionamento com pessoas significativas”, foram classificadas pelos enfermeiros peritos como características de menor frequência. Nesta clientela as frequências de aparição foram, respectivamente, de 40% e 30%. Isto significa que são características que devem ser melhor investigadas com uma abordagem específica em amostra maior e com outras características de patologias.

Já a característica definidora “mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais” obteve o escore da Validação por Especialistas e o coeficiente de confiabilidade entre observadores clínicos idênticos. Isto significa

dizer que nos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, a incidência desta característica coincidiu com a frequência de aparição esperada pelos enfermeiros peritos.

Por fim, a única característica que teve uma incidência maior na clientela estudada do que era esperado pelos enfermeiros peritos foi “dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais”, salientando que tal fato ocorreu devido a presença marcante do medo de adquirir uma doença infecciosa, resultante dos freqüentes quadros de neutropenia neste tipo de clientela.

Considerando os escores totais de 0,80 obtido na Validação por Especialistas e de 0,68 na verificação de incidência das evidências clínicas para o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” e de 0,70 e 0,76 para “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, pode-se concluir que ambos os diagnósticos estudados alcançaram os escores recomendados por Fehring (1986) — acima de 0,60 —, nos dois tipos de validações (por especialista e clínica). Contudo, é desejável ampliar a amostra em futuro estudo de validação clínica, para que se possa ter condições de generalização.

7 CONCLUSÕES

Frente aos objetivos propostos e as fases do método adotado apresentamos as considerações a seguir:

- A partir da revisão da literatura, o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” (NANDA, 2001) deve abordar a função sexual, incluindo as três fases da resposta sexual humana: desejo, excitação e orgasmo, conforme propõe Kaplan (1977).
- A NANDA (2001) não apresenta uma abordagem específica da fase do desejo e da excitação sexual; frente a isto, foram incluídas as características definidoras “percepção de alteração na excitação sexual” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977) e “percepção de escasso desejo sexual” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).
- Duas características definidoras do diagnóstico “Disfunção Sexual” contidas na NANDA (2001) foram fragmentadas para facilitar a elaboração das definições operacionais. A partir destas alterações o diagnóstico “Disfunção Sexual” proposto incluiu as características definidoras: mudança do interesse por si, mudança do interesse pelos outros, limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica, limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica, alteração no alcance da satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, verbalização

do problema, percepção de alteração na excitação sexual e percepção de escasso desejo sexual.

- O diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes” (NANDA, 2001) deve abordar a percepção da própria sexualidade, no sentido de que algo está lhe preocupando. Sendo assim, determinou-se que suas características definidoras devem englobar o aspecto psicossocial que envolve a sexualidade, no que diz respeito às alterações do comportamento ou atividades sexuais, do relacionamento ou da identidade sexual.
- Três características definidoras do diagnóstico “Disfunção Sexual” contidas na NANDA (2001) foram deslocadas para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” e a característica que já constava na NANDA (2001), neste diagnóstico, foi fragmentada. O conjunto de características definidoras que evidencia “Padrões de Sexualidade Ineficazes” proposto passa a ser constituído por: dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, alterações no desempenho do papel sexual percebido, conflito envolvendo valores e alteração no relacionamento com pessoas significativas.
- Na Validação por Especialistas, os enfermeiros considerados peritos determinaram que a definição do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” apesar de adequada ao rótulo do diagnóstico, merece ser especificada quanto às fases da resposta sexual humana.

- Na Validação por Especialistas do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, 50% dos peritos acreditam que a definição está adequada e 50% pouco ou nada adequada. As sugestões dos enfermeiros peritos que discordaram da adequação da definição foram heterogêneas, pois uns questionaram o rótulo do diagnóstico, se mostrando contrários a presença da palavra padrão e outros da palavra ineficazes e outros discordam da definição. De acordo com a literatura, é a sexualidade que nos faz relacionar conosco e com o outro, logo cada um tem a percepção de si com sua sexualidade (modo de ser, pensar, agir, sonhar...), ou seja, cada um percebe quando sua sexualidade não está produzindo o efeito desejado, portanto, pode-se afirmar que o título e a definição são condizentes a este diagnóstico.
- Os enfermeiros, que alcançaram a pontuação para serem peritos nos diagnósticos estudados, segundo os critérios de Fehring (1987), se diferenciaram em dois grupos, um que utiliza os diagnósticos de enfermagem da NANDA e outro que além de utilizar os diagnósticos, trabalha predominantemente com a área da Sexualidade Humana.
- 70% das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” coincidiram para ambos os grupos de sujeitos.
- 80% das características definidoras do diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” coincidiram para os dois grupos de sujeitos.
- A partir da análise conceitual e das considerações dos enfermeiros peritos a respeito da definição e das características definidoras, o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, ficou configurado em:

Definição: mudança na função fisiológica sexual manifestada nas fases da resposta sexual do desejo, da excitação e/ou do orgasmo, que é vista como insatisfatória, não compensadora ou inadequada.

Características definidoras de maior frequência: limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica, limitações reais impostas pela doença e/ou terapêutica, alteração no alcance da satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, percepção de alteração na excitação sexual e percepção de escasso desejo sexual.

Características definidoras de menor frequência: mudança do interesse por si e verbalização do problema.

Característica definidora que necessita ser melhor estudada: mudança do interesse pelos outros.

- A partir da análise conceitual e das considerações dos enfermeiros peritos, o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” ficou assim constituído:

Definição: “expressões de preocupação quanto a sua própria sexualidade” (NANDA, 2001,p.169).

Características definidoras de menor frequência: dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, alterações no desempenho do papel sexual percebido e alteração no relacionamento com pessoas significativas.

Característica definidora que necessita ser melhor estudada:

conflito envolvendo valores.

- A revisão da literatura e os resultados de que o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual” deve abordar as três fases da resposta sexual humana comprovaram que a sua localização no domínio 8 - Sexualidade e classe 2 – Função Sexual da Taxonomia II da NANDA (2001) é pertinente.
- A revisão da literatura e os resultados de que o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes”, entendido como uma percepção de si em relação a sua sexualidade, abordando os aspectos psicossociais que envolvem a sexualidade, no que diz respeito às alterações do comportamento ou atividades sexuais, do relacionamento ou da identidade sexual, comprovaram que é pertinente a localização deste diagnóstico no domínio 8, porém, deve ser deslocado da classe 2 (Função Sexual) para a classe 1 – Identidade Sexual.
- A incidência das características definidoras dos dois diagnósticos estudados foi verificada no contexto clínico de pacientes portadores de doenças onco-hematológicas por duas enfermeiras diagnosticadoras que apresentaram um índice de concordância entre elas: 0,98 para o diagnóstico “Disfunção Sexual” e 0,97 para “Padrões de Sexualidade Ineficazes”.
- As características definidoras mais frequentes para o diagnóstico de enfermagem “Disfunção Sexual”, foram: limitações percebidas impostas pela doença e/ou terapêutica, limitações reais impostas pela doença

e/ou terapêutica, alteração no alcance da satisfação sexual, busca de confirmação da qualidade de ser desejável, incapacidade de alcançar a satisfação desejada, percepção de alteração na excitação sexual e percepção de escasso desejo sexual.

- O paciente portador de doenças onco-hematológicas durante o tratamento apresenta o comprometimento de uma ou mais fases da resposta sexual humana.
- No diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” sobressaíram dificuldades ou limitações relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais e mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais, que já constam na NANDA (2001).
- O paciente portador de doenças onco-hematológicas mostrou-se preocupado com o comprometimento da doença e do tratamento no seu comportamento sexual, principalmente, no que se refere ao medo de se adquirir uma infecção e na diminuição da sua atividade sexual, chegando a interromper estas atividades após descobrir a doença.
- A análise comparativa entre a validação por Especialistas e a verificação de incidência das evidências clínicas comprovou que as características definidoras que os enfermeiros peritos acreditam estar presentes em pacientes que apresentam o diagnóstico “Disfunção Sexual”, foram observadas entre 55% a 90% da amostra de pacientes portadores de doenças onco-hematológicas.
- Para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” foi comprovado que as características definidoras que os enfermeiros peritos acreditam

estar presentes em pacientes que apresentam este diagnóstico, foram observadas entre 30% a 85% da amostra.

- Os escores totais obtidos, segundo metodologia de Fehring (1987), na Validação por Especialistas para o diagnóstico “Disfunção Sexual” foi de 0,80 e na verificação da incidência das evidências clínicas foi de 0,68.
- Para o diagnóstico “Padrões de Sexualidade Ineficazes” o escore da validação por especialista foi de 0,70 e na verificação da incidência das evidências clínicas foi de 0,76.
- Considerando as recomendações de Fehring (1986) de que o nível adequado do escore total deve ser maior que 0,60, pode-se afirmar que os dois diagnósticos de enfermagem estudados foram validados, mas é necessário ampliar a amostra na validação clínica, para que se possa ter condições de generalização.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve a intenção de validar os diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” da NANDA (2001) e de proporcionar uma avaliação da Sexualidade Humana de forma mais objetiva e precisa.

Partindo do princípio de que a sexualidade humana faz parte do cuidado integral do processo de assistência de enfermagem e caracteriza-se por apresentar inter-relação com diversos campos e formas de assistir o ser humano, sua prática pouco se concretiza, pois existem problemas e indagações do paciente que interferem no seu estado de saúde e que nem sempre são abordados pela equipe, por exemplo, a influência da doença na sexualidade humana.

Dentre os inúmeros fatores que explicam as dificuldades dos profissionais de saúde ao lidarem com o ser humano em sua totalidade, destacam-se a cultura institucional que ainda não entende que o cuidado integral ao paciente exige tempo do profissional para desenvolver um relacionamento interpessoal e a formação profissional que ainda está enraizada nos aspectos fisiológicos da doença, valorizando muito pouco os efeitos dos aspectos emocional e social sobre a doença.

Dentro deste contexto, se encontra a assistência a sexualidade, que é uma área que exige aproximação do profissional com o paciente e conhecimento do processo de sexualidade. A Enfermagem por ser uma profissão que permanece mais tempo ao lado do paciente, acaba tendo um envolvimento maior

e, portanto, pode assumir a co-responsabilidade de abordar os aspectos da sexualidade humana.

A abordagem sobre a validação dos dois diagnósticos de enfermagem da NANDA (2001), a respeito da sexualidade, revelou que estes estão confusos para serem utilizados na prática profissional. Espera-se que a proposta de reorganização dos diagnósticos “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes” seja uma contribuição para a compreensão do conhecimento desta área específica do ser humano, bem como um incentivo para que a sexualidade dos pacientes possa fazer parte do processo de assistência de enfermagem, tendo em vista que o instrumento de coleta de dados apresentado possa servir como uma importante ferramenta.

A aplicabilidade destes dois diagnósticos de enfermagem, em uma amostra de pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, comprovou a presença de preocupações e alterações na maneira de exercer e expressar a sua sexualidade. Segundo Nucci (2003), as doenças onco-hematológicas acometem pessoas de todas as idades e caracterizam-se por um grupo de doenças graves que exigem tratamento médico imediato e, na maioria dos casos, internação hospitalar, resultando na obrigatoriedade de interromper sua rotina de vida e com repercussões psicossociais inevitáveis. Neste momento da sua vida, seu pensamento volta-se para a doença, relacionado à sobrevivência.

Segundo Spiegel e Diamond (1998 apud NUCCI, 2003, p.35), toda a pessoa portadora de um câncer passa a conviver com o medo da morte e recorrência da doença, redução da energia física e emocional, alterações na auto-

imagem, perda de expectativas futuras em relação à carreira profissional, sexualidade e família e encargos financeiros.

Correia (2000) descreve que os fatores psicossociais que envolvem o câncer podem ser vivenciados e interpretados de acordo com a história pessoal de cada indivíduo e determinarão as suas reações emocionais.

Neste estudo, ao detectar o comprometimento da sexualidade e da função sexual em pessoas portadoras de doenças onco-hematológicas foi observado que para uns a vida sexual e a maneira de expressar a sexualidade podem estar mais afetadas do que para outros. O momento da coleta de dados ocorreu em alguns pacientes que estavam presenciando um risco iminente de morte e demonstraram que não estavam interessados pela sua vida sexual, ou seja, estavam preocupados com sua sobrevivência e não com a finalidade da vida; para outros mesmo vivenciando esse risco apresentaram preocupações a respeito do seu desempenho sexual.

Percebe-se que a maneira do paciente com câncer lidar com as dificuldades decorrentes do diagnóstico médico é diferente de pessoa para pessoa. Possivelmente, esta foi uma variável presente neste estudo que interferiu nos resultados obtidos. Outra variável determinante foi o aspecto cultural, segundo Hogan (1985), a maneira de exercer a nossa sexualidade é determinada culturalmente. Sendo assim, ao abordar o assunto Sexualidade Humana temos que ter consciência de que a nossa cultura não nos educou a falarmos dos desejos sexuais, da excitação, do orgasmo e das preocupações sobre a nossa sexualidade. Porém, sabe-se que a Sexualidade é uma dimensão do ser humano que pode ser afetada na presença da doença e do tratamento, portanto, cabe aos

profissionais de saúde comecem a promover condições favoráveis para os pacientes comunicarem qualquer mudança na função sexual ou preocupações no seu comportamento sexual, para que o assunto seja abordado com mais naturalidade.

Por outro lado, os profissionais devem se capacitar para atuar nesta área, assim como, os cursos de graduação em Enfermagem. Esta atuação deve centralizar-se, pelo menos, nos níveis de interação Permissão e Informação Limitada que, segundo Annon (1980) caracterizam-se por criar um clima favorável para os pacientes expressarem seus problemas e preocupações sexuais e fornecer informações educativas sobre assuntos sexuais de uma maneira generalizada.

Nucci (2003) descreve que durante o tratamento quimioterápico, a tendência do paciente é buscar recursos internos para restabelecer sua identidade e, então, sente necessidade de voltar a ser uma pessoa sexualmente ativa, mas a doença e o tratamento o impossibilitam de voltar a ter uma vida ativa e de satisfação. Exatamente neste momento, há necessidade da ajuda profissional, seja para sanar uma simples dúvida a respeito de quando iniciar suas atividades sexuais ou para ajudá-lo a resolver problemas e preocupações angustiantes em relação ao seu modo de ser, vestir, pensar nos seus medos e esperanças, agir, sonhar e relacionar-se com o outro.

Diante dos problemas e preocupações sexuais que o paciente portador de doenças onco-hematológicas apresentou neste estudo, evidenciado pelas características definidoras mais freqüentes, determinou-se algumas recomendações pertinentes para a atuação do enfermeiro:

- responsabilizar-se pela coleta de dados a respeito dos aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais que envolvem a sexualidade humana;
- orientar sobre as medidas de proteção contra infecção, principalmente no que se refere ao uso do preservativo durante as relações sexuais;
- informar sobre os possíveis efeitos indesejáveis da doença e do tratamento em suas atividades sexuais, no que se refere a diminuição do desejo sexual durante o tratamento, problemas temporários referente a fase da excitação e satisfação sexual, inclusive, alertá-los a necessidade de mais estímulo e concentração durante as atividades sexuais;
- criar um clima de confiança para que o paciente possa comunicar ao enfermeiro seus problemas e preocupações sexuais ;
- incentivar o paciente a expressar sentimentos positivos em relação a si mesmo, fazendo com que descubra e aprenda a valorizar partes atraentes do seu corpo;
- mostrar a importância da comunicação em um relacionamento sexual e valorizar a manutenção do toque e das carícias entre os parceiros.

Considera-se essencial a realização de novos estudos com estes dois diagnósticos de enfermagem em outras populações específicas, para que se verifique a incidência das características definidoras encontradas neste estudo e para se determinar outras possíveis recomendações para a equipe de enfermagem que contribuam para a prática profissional, no que diz respeito ao paciente portador de neoplasias e de outras tantas patologias que afetam a sexualidade.

Afinal, o enfermeiro não deve se esquecer que a Sexualidade Humana é “uma parte intrínseca de nossa existência” (HOGAN, 1985, p.10) e que não pode ser vista separadamente dos eventos da vida a que todos nós estamos susceptíveis.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

ALFARO-LeFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 281 p.

ANNON, J. S. Tratamento comportamental dos problemas sexuais. São Paulo: Manoele, 1980. 193p.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos: uma contribuição. Acta Paul. Enf., v. 15, n. 4, p. 66-72, out./dez., 2002.

BIO, S. R. Sistemas de informação: um enfoque gerencial. São Paulo: Atlas, 1996. 183 p.

BLACK, J. M.; MATASSARIM-JACOBS, E. Sexualidade humana. In: _____. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. v. 1, cap. 7, p. 95-102.

BONAMIGO, E. M. R.; RASCHE, V. M. M. O processo de socialização da criança nas famílias de classe popular. Psicol. Teor. Pesqui, Brasília, v. 4, n. 3, p. 295-315, set. 1988.

BONASSA, E. M. A. Enfermagem em quimioterapia. São Paulo: Atheneu, 1996. 279 p.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev.latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, p. 240-244, abril 2003.

² Apresentadas de acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NBR 6023 – Informação e documentação: referências, elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2000 e NBR 14724, NBR 10520. Ago. 2002.

BRUNS, M. A. T.; GRASSI, M. V. F. C.; FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. Rev. Bras. Sexual. Humana, São Paulo, v.6, n.1, p. 60-66, jan.1995.

BUENO, F. S. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

CAETANO, F. B. As estratégias de coping utilizadas por pacientes portadores de patologias onco-hematológicas durante a fase de tratamento. 2003. 81f. Monografia (Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L.A.; JESUS, C. A. C. Validação de diagnósticos de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 4., 1998, Curitiba. Anais... Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998. p. 1-15.

CARVALHO, M. J. C.; TELLES, S. R. A. Considerações sobre queixas de pacientes em triagem de clínica-escola. Psikhe, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 7-14, jan. 2001.

CARPENITO, L. J. Manual de diagnóstico de enfermagem. 8ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 536 p.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2ª. ed. São Paulo: Roca, 1996. 480 p.

CHAUÍ, M. Repressão sexual – essa nossa (dês)conhecida. 12ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 234 p.

CLARK, J. C.; McGEE, R. F. Enfermagem oncológica: um currículo básico. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 586p.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Resolução 196/96 diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 18 abr. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 272/2002 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileira. Disponível em: <http://corensp.org.br/resolucoes.html>. Acesso em: 18 abr. 2004.

CORRÊA, C. G. Dor: validação clínica no pós operatório de cirurgia cardíaca. 1997. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORREIA, E. S. Câncer: entre o sofrimento físico e emocional a importância de uma assistência psicológica. Recife: Edições Bagaço, 2000. 84 p.

CORREIA, G. B. Sexualidade e maternidade: “nós” e “laços” de um fenômeno cultural. Rev. Bras. Sexual. Humana, São Paulo, v. 8, n.1, p. 21-34, jan. 1997.

COSTA, R. P. Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana. São Paulo: Gente, 1994. 207 p.

COURTENS, A. M.; HUIJER ABU – SAAD, H. Nursing diagnoses in patients with leukemia. Nursing Diagnosis, Philadelphia, v. 9, n. 2, p. 49 – 61, April 1998.

CRAING, H. M.; EDWARDS, J. E. Adaptation in chronic illness: an eclectic model for nurses. J. Adv. Nurs., Oxford, v. 8, n. 5, p. 397-404, set. 1983.

FARIAS, J. N. et al. Diagnóstico de enfermagem – uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.

FEHRING, R. J. Validation diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. et al. (Ed) Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association. St. Louis: The C. V. Mosby, 1986. p.183-190.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung, St. Louis, v.16, n. 6, p. 625-29, nov. 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JONHNSON, R. M.; PAQUETE, M. (Ed.). Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994. p.55-62.

FERREIRA, M. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Expressão da sexualidade do cliente hospitalizado e estratégias para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 50, n. 1, p. 17-30, jan./mar.1997.

FREITAS, M. R. I. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. 1994. 210f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

GARCIA, T. R. Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro. Acta Paul. Enfermagem, São Paulo, v. 6, n. 1/4, p. 39-42, jan. 1993.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323 p.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, N.T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. Rev.latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 33-40, abril 2000.

GORDON, M. Clinical diagnosis in the health professions. In: _____. Nursing diagnosis – process and application. 2ª. ed. New York: McGraw-Hill, 1987. p. 7-10.

GORDON, M. Nursing diagnosis – process and application. 3ª. ed. United States of America: Mosby, 1994.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. Adv. Nurs. Sci., Hagerstown, v. 2, n. 1, p. 1-15, jan. 1979.

GRIFFITH – KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. Nursing process: application of theories, frameworks and models. 2ª. ed. St Louis: Mosby, 1986. 429 p.

GUYTON, A. C. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 639 p.

HOGAN, R. M. Human sexuality – a nursing perspective. United States of America: Appleton-Century-Crofts, 1985. 747p.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROL JOHNSON, R. M. et al. (Ed) Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989. cap.19, p. 126-131.

HOUAISS, A. Dicionário inglês português. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997. 928 p.

HUGHES, M. K. Sexuality and the cancer survivor. Cancer Nursing, New York, v. 23, n. 6, p. 477-482, 2000.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 3, p. 43-54.

IDVAL, E. et al. Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. Scand J Caring Sci, Sweden, v. 15, n.1, p. 331-338, jan. 2001.

JABLONSKI, B. Crenças e credices sobre sexualidade humana. Psic: Teor Pesqui., Brasília, v. 14, n. 3, p. 209-218, set. 1998.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.

KAPLAN, H. S. O desejo sexual – e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. 231p.

KAPLAN, H. S. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. 494p.

KELLY, D. J. The identification and clinical validation of the defining characteristics of alteration in cardiac tissue perfusion. In: CARROL-JONHNSON, R. M. (Ed.). Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Ninth Conference. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1990. p. 105-111.

KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. Manual de medicina sexual. St.Louis: Manoele, 1982. 640p.

KREBS, L. U. Sexual and reproductive dysfunction. In: GROENWALD, S. L.; FROGGE, M. H.; GOODMAN, M.; YARBRO, C. H. Cancer nursing – principles and practice. 4ª. ed. London: Jones and Bartlett Publishers, 1997. p. 742-767.

LeMONE, P. Validation of the defining characteristics of altered sexuality patterns. Nursing Diagnosis, Philadelphia, v. 4, n. 2, p. 56-62, Apr. 1993.

LeMONE, P.; DONNA, J. Nursing assessment of altered sexuality: a review of salient factors and objective measures. Nursing Diagnosis, Philadelphia, v. 8, n. 3, p. 120-128, Jul. 1997.

LEVIN, R. F. Diagnostic content validity of nursing diagnoses. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, Spring, v. 21, n.1, p. 40-44, jan. 1990.

LOPES, G. Sexualidade humana. 2ª. ed. São Paulo: Medsi, 1993. 364 p.

LOPES, G. et al. Patologia e terapia sexual. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 236p.

MALTESE, H.; MALTESE, C. Grande dicionário de medicina. São Paulo: Maltese, 1994. 365p.

MICHAELIS. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1998. 1838 p.

MICHEL, J. L. M. Adaptação transcultural da taxonomia II de diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ao contexto brasileiro. 2003. 150f. Tese (Doutoramento) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

MOLASSIOTIS, A.; MORRIS, P. J. The meaning of quality of life and the effects of unrelated donor bone marrow transplants for chronic myeloid leukemia in adult long-term survivors. Cancer Nursing, New York, v. 21, n. 3, p. 205-211, 1998.

NIGHTINGALE, F. Notes on nursing: what it is, and what is not. New York: Churchill Livingstone, 1980. 116 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. Nursing Diagnoses: definitions and classification, 1999-2000. Philadelphia: NANDA, 1999. 190 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, 2001. 288 p.

NUCCI, N. A. G. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. 2003. 225f. Tese (Doutoramento) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVA, A. P. V. Diagnóstico de débito cardíaco diminuído: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, N. M. S. Diagnóstico de enfermagem de ansiedade – validação da definição das características definidoras. 2001. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

PELÁ, N. T. R.; JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. As categorias diagnósticas de sexualidade: proposta de reorganização. Ciências, Cultura e Saúde, v. 13, n. 3, p.45-51, abril 1994.

PELÁ, N. T. R. et al. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. Rev. Bras. Sexual. Humana, São Paulo, v.6, n.1, p. 99-113, jan. 1995.

PEREIRA, A. P. et al. Vivenciando situações constrangedoras: o enfermeiro frente a sexualidade em seu exercício profissional. 2000. 71f. Monografia (Enfermagem) – Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, 2000.

PEREZ, V. L. A. B. et al. Diagnóstico de enfermagem - um desafio de enfermagem para os anos 90. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 43, n. 1/4, p. 14-18, jan. 1990.

PINTO, M. H. O significado do sofrimento do paciente oncológico: narrativas dos profissionais de saúde. 2003. 168f. Tese (Doutoramento) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

PORTO, C. C. Exame clínico: bases para a prática médica. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 465 p.

RAPOSO, T. C. S. Grupo de mulheres: uma perspectiva feminista na terapia sexual. Rev. Bras. Sexual. Humana, São Paulo, v. 7, n.1, p. 43-51, jan. 1996.

RESSEL, L. B. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. 2003. 316f. Tese (Doutoramento) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2003.

RIEVE, J. E. Sexuality and the adult with acquired physical disability. Nurs. Clin. North Am., Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 265-276, jan. 1989.

ROTTKAMP, B. C.; HURLEY, M.E. Placement of diagnoses within taxonomy II: development and process. In: CARROL JOHNSON, R.M. et al. (Ed) Classification of nursing diagnoses: proceedings of the ninth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1991. sec. I, p.30-4.

SÁ, L. D. ...E a enfermagem no século XXI?. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 52, n. 3, p. 375-384, jul./set.1999.

SANTANA, M. E.; SAWADA, N. O. Paciente laringectomizado total: validação das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem comunicação prejudicada. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 55, n. 6, p. 658-663, nov./dez. 2002.

SANTOS, M. G. P. Atendimento ao jovem homossexual. Rev. Bras. Sexual. Humana, São Paulo, v. 1, n.1, p. 52-62, jan. 1990.

SAITO, M. I. Sexualidade, adolescência e orientação sexual: reflexões e desafios. Rev. Méd. (São Paulo), São Paulo, v. 75, n. 1, p. 26-30, jan. 1996.

SEGAL, S. M. Desfazendo mitos: sexualidade e câncer. São Paulo: Agora, 1994. 108 p.

TRIMMER, E. Medicina sexual básica. São Paulo: Manole, 1980. 269 p.

WEBB, C. Sexuality, nursing and health. Great Britain: John Wiley, 1985. 200p.

WHITLEY, G. G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. Nurs. Diagn., Philadelphia, v. 10, n. 1, p. 5-13, jan. 1999.

WOODS, N. F. Avaliação da saúde sexual. In: PHIPPS, W. J. et al. Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica. 2ª. ed. Lisboa: Mosby, 1995. v. 2, cap. 51, p. 1549-1561.

WOODTLI, A. Stress incontinence: clinical identification and validation of defining characteristics. Nurs. Diagn., Philadelphia, v. 6, n. 3, p. 115-22, jul. 1995.

ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. Hematologia: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu, 2001. 1043 p.

ZALAR, M. K. Role preparation for nurses in human sexual functioning. Nurs. Clin. North Am., Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 351-363, Sep. 1982.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE A – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Com a finalidade de caracterizar a experiência dos respondentes na área de interesse, solicitamos sua colaboração respondendo os itens abaixo:

01 – **Tempo de Experiência Profissional:** _____ anos

02 – **Trabalha com os diagnósticos de enfermagem da NANDA:**

() Sim

() Não

Se Sim, especifique a área e o tempo de experiência:

() Ensino

() Menos de 01 ano

() 03 a 05 anos

() Pesquisa

() 01 a 03 anos

() mais de 05 anos

() Extensão

03 - **Trabalha com a área de sexualidade humana:** () Sim

() Não

Se Sim, especifique a área e o tempo de experiência:

() Ensino

() Menos de 01 ano

() 03 a 05 anos

() Pesquisa

() 01 a 03 anos

() mais de 05 anos

() Extensão

04 - **Titulação Acadêmica**

() Graduação

() Especialista – Tema da Monografia _____

() Mestrado – Tema da Dissertação _____

() Doutorado – Tema da Tese _____

05 – **Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica que realizou abordando o tema Diagnóstico de Enfermagem**

() Dissertação de Mestrado

() Tese de Doutorado

() Publicação de artigos em periódicos/revistas

() Publicação de trabalhos de pesquisa

() Apresentação de trabalhos em eventos científicos

() Outros. Especifique: _____

06 – **Realiza trabalho(s) ou atividade(s) científica que aborda o tema Sexualidade Humana:**

() Dissertação de Mestrado

() Tese de Doutorado

() Publicação de artigos em periódicos/revistas

() Publicação de trabalhos de pesquisa

() Apresentação de trabalhos em eventos científicos

() Outros. Especifique: _____

PARTE B – VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A literatura aborda a necessidade de revisão destes dois diagnósticos em análise quanto às suas definições, padrão de resposta humana em que estão incluídos e pertinência de suas características definidoras. Frente a tal situação, solicitamos seu auxílio. Inicialmente, solicitamos sua leitura atenta para as definições dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes e dos nove padrões de resposta humana. Retorne às definições sempre que julgar necessário. A seguir, assinale com um X uma das alternativas das questões apresentadas:

Diagnóstico de Enfermagem **Disfunção Sexual**: *“mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada”* (NANDA, 2001-2002, p.95).

Diagnóstico de Enfermagem **Padrões de Sexualidade Ineficazes**: *“expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade”* (NANDA, 2001-2002, p.169).

Padrão de Resposta Humana **Trocar**: *“dar, liberar ou perder alguma coisa recebendo uma outra em retorno; a substituição de um elemento por outro; ato recíproco de dar e receber”* (FARIAS et al., 1990, p. 40).

Padrão de Resposta Humana **Comunicar**: *“conversar, passar, dar ou transmitir, interna ou externamente e de forma verbal ou não verbal, pensamentos, sentimentos ou informações”* (FARIAS et al., 1990, p. 40-41).

Padrão de Resposta Humana **Relacionar**: *“conectar, estabelecer uma relação entre; colocar-se em associação com outra coisa, pessoa ou lugar; encontrar-se ou ser lançado entre situações”* (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Valorizar**: *“tornar em consideração; cuidar; o valor ou valorização; a condição ou estado em relação a uma coisa, ou a estimativa em que ela é considerada de acordo com o seu real ou suposto valor, utilidade ou importância; opinião do indivíduo sobre uma ligação a uma pessoa ou coisa; igualar em importância”* (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Escolher**: *“selecionar alternativas; ação de selecionar ou exercitar preferência a um assunto em que a pessoa é um livre agente; determinar a escolha, em favor de uma direção; decidir em concordância com inclinações”* (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Mover**: “mudar o lugar ou posição de um corpo ou qualquer membro do corpo; colocar e/ou conservar em movimento; que provoca a saída ou emissão; a urgência de agir ou fazer alguma coisa; partir pra ação” (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Perceber**: “apreender com a mente, tornar-se consciente de, através dos sentidos; captar o que não está visível ou presente para ser observado; perceber completa e adequadamente” (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Conhecer**: “reconhecer ou confessar uma coisa ou uma pessoa, estar familiarizado com, através de experiência, informação ou relatório; ser reconhecedor de alguma coisa através de informação, investigação ou observação; estar familiarizado com um corpo de fatos, princípios ou métodos de ação; entender” (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Padrão de Resposta Humana **Sentir**: “experienciar uma consciência, sensação, percepção ou significado; estar consciente ou emocionalmente afetado por um fato, evento ou estado” (FARIAS et al., 1990, p. 41).

Perguntas:

01 – Em qual padrão de resposta humana você considera pertinente a inclusão do diagnóstico de enfermagem Disfunção Sexual:

☐ Trocar	☐ Valorizar	☐ Perceber
☐ Comunicar	☐ Escolher	☐ Conhecer
☐ Relacionar	☐ Mover	☐ Sentir

Comentários:

02 – Você considera o rótulo (ou título) Disfunção Sexual adequado à definição apresentada pela NANDA?

☐ Adequada	☐ Pouco adequada	☐ Nada adequada

Comentários:

03 - Em qual padrão de resposta humana você considera pertinente a inclusão do diagnóstico de enfermagem Padrões de Sexualidade Ineficazes:

☐ Trocar	☐ Valorizar	☐ Perceber
☐ Comunicar	☐ Escolher	☐ Conhecer
☐ Relacionar	☐ Mover	☐ Sentir

Comentários:

04 – Você considera o rótulo (ou título) Padrões de Sexualidade Ineficazes adequado à definição apresentada pela NANDA?

- ☐ Adequada ☐ Pouco adequada ☐ Nada adequada

Comentários:

A seguir, você deverá assinalar, com base em sua experiência profissional e conhecimentos, sua opinião quanto à pertinência de cada característica definidora para o diagnóstico **Disfunção Sexual**.

Assinale apenas uma possibilidade de pertinência para cada característica definidora.

Caso queira acrescentar uma característica definidora para o referido diagnóstico de enfermagem e colocar sua pertinência, faça-o no final do item SUGESTÕES, inclusive coloque sua definição operacional. Obrigado!

Disfunção Sexual: “*mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada*” (NANDA, 2001, p.95).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
MUDANÇA DE INTERESSE POR SI Comportamento provocado por falta de bem-estar físico e emocional, em que a pessoa perde o interesse por si próprio para necessidades que, anteriormente, se auto-atendia, tais como higiene pessoal, alimentação e vestuário, fazendo com que apresente uma aparência de descuido/desmazelo. Sem que a condição patológica seja um impeditivo direto para o auto-cuidado e sem a solicitação da própria pessoa para a realização das atividades que se encontram incapacitadas para realizá-las; comportamento que prejudica a fase da resposta sexual do desejo, interferindo no desempenho global subsequente (KAPLAN, 1983).					
MUDANÇA DE INTERESSE PELOS OUTROS Modificação do comportamento provocado por falta de bem-estar físico e emocional, identificada pela própria pessoa ou outras, em que não há percepção do meio ambiente em que se encontra e pessoas que a cercam dentro da dimensão interativa, caracterizando-se por redução no contato olho a olho, falta de identificação de modificação do meio ambiente decorrente da congestão dos canais sensoriais, conscientes ou inconscientes e comportamento obstinado em excluir-se de participação social, devido ao processo de auto-focalização em uma situação, estado de saúde ou perdas, comportamento que pode prejudicar o desejo sexual (KAPLAN, 1977, 1983).					
FREQÜÊNCIA URINÁRIA AUMENTADA Necessidade de urinar repetidas vezes, com intervalo entre as micções inferior a duas horas, sem que haja aumento do volume urinário (PORTO, 1996).					

Disfunção Sexual: “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2001, p.95).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
LIMITAÇÕES PERCEBIDAS IMPOSTAS PELA DOENÇA E/OU TERAPÊUTICA Situações experimentadas e detectadas pelo indivíduo, através dos órgãos sensoriais, resultantes de estados psicofisiológicos, doença física e/ou terapêutica que dificultam a manifestação das fases da resposta sexual, podendo gerar um bloqueio físico ou psicológico. Por sua vez, ocasionam diminuição no interesse e/ou no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, além de um estado afetivo e/ou emocional proveniente do sentimento de bloqueio, impedimento, desilusão e derrota (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).					
DISTÚRPIO NO SONO Alteração no padrão diário do sono; insônia; pesadelo (PORTO, 1996)					
LIMITAÇÕES REAIS IMPOSTAS PELA DOENÇA E/OU TERAPÊUTICA Situações resultantes de estados psicofisiológicos, doença física e/ou terapêutica, comprovadas cientificamente e clinicamente observáveis que provocam restrição na manifestação das fases da resposta sexual, seja no desejo sexual, na excitação ou no orgasmo, concomitantes ou não. Podendo gerar diminuição no interesse e/ou no prazer pelas atividades anteriormente prazerosas, além de um estado afetivo e/ou emocional proveniente do sentimento de bloqueio, impedimento, desilusão e derrota (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).					
ALTERAÇÃO NO ALCANCE DA SATISFAÇÃO SEXUAL Estado em que o indivíduo experimenta modificação no padrão de realização e/ou desempenho sexual ao se sentir correspondido no que se deseja, principalmente, evidenciado pela fase da resposta sexual do orgasmo. Inclui a verbalização de problemas sobre ocorrência do orgasmo e da percepção de prazer associada ao orgasmo. (KAPLAN, 1977; WOODS, 1995).					

Disfunção Sexual: “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2001, p.95).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
BUSCA DE CONFIRMAÇÃO DA QUALIDADE DE SER DESEJÁVEL Estado em que o indivíduo percebe alteração da resposta sexual do desejo, no sentido de não se sentir desejável pelo parceiro, ou seja, afetando a percepção de se tornar atraente e desejado pelos outros, com isso, tenta reafirmar-se como uma pessoa atraente e sensual. Pode ser ocasionado pela imagem corporal modificada decorrente de processos patológicos ou terapêuticos ou ao sentimento de estar ou se sentir diferente das outras pessoas (HOGAN, 1985; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).					
INCAPACIDADE DE ALCANÇAR A SATISFAÇÃO DESEJADA Relato de sentir incapaz de atingir um resultado esperado ou de realizar-se em um determinado anseio, devido a causas físicas ou psicológicas. Manifestado por ausência de sensação ou sensações inicialmente prazerosas na relação sexual, mas ao mesmo tempo, substituídas por idéias e sentimentos negativos, tornando a pessoa embaraçada, tensa, ansiosa, angustiada ou frustrada (KAPLAN, 1977; 1983; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).					
ESQUECIMENTO Ato de esquecer; falta de lembrança; memória; distração (PORTO, 1996)					
VERBALIZAÇÃO DO PROBLEMA Relato espontâneo ou investigado sobre algo que é de difícil resolução para si mesmo ou, ainda, de não estar se sentindo realizado com a maneira como tem vivido ou experimentado suas interações e convivências afetivas, físicas, psico-sociais e sexuais (LeMONE, 1993; WOODS, 1995).					

Disfunção Sexual: “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não compensadora e inadequada” (NANDA, 2001, p.95).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
PERCEPÇÃO DE ALTERAÇÃO NA EXCITAÇÃO SEXUAL Estado em que o indivíduo percebe alterações na fase da resposta sexual da excitação, que se caracteriza por inibições no mecanismo vasocongestivo e/ou neuropsíquico, geralmente, manifestado por diminuição da excitação fisiológica e/ou subjetiva. Nos homens manifesta-se pela dificuldade em atingir ou manter uma ereção, seja simultaneamente ou não, são as denominadas disfunções eréteis. Nas mulheres pela falta de lubrificação vaginal, conhecida como alterações na lubrificação vaginal (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977).					
DIMINUIÇÃO DA HABILIDADE DE APRENDIZAGEM Dificuldade para aprender, adquirir novos conhecimentos e retê-los da memória (MALTESE & MALTESE, 1994).					
PERCEPÇÃO DE ESCASSO DESEJO SEXUAL Indivíduo sente que não está interessado pela atividade erótica e que não experimenta impulso de buscar experiências sexuais ou fantasias relativas ao sexo; ausência ou redução da estimulação dos órgãos genitais; prazer transitório e ausência de sensações ou sensações de irritação, tensão e ira (em situações que despertariam o desejo sexual). O resultado desta alteração pode incluir comportamentos que conduzem ao impulso de evitar ou se afastar do parceiro. Estas alterações do desejo sexual incluem a inibição total do desejo sexual ou o desejo sexual hipoativo. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KAPLAN, 1977, 1983).					
SUGESTÕES					

A seguir, você deverá continuar assinalando apenas uma possibilidade de pertinência para cada característica definidora do diagnóstico de enfermagem **Padrões de Sexualidade Ineficazes**. Caso queira acrescentar mais características definidoras com sua definição operacional para o referido diagnóstico de enfermagem e colocar sua pertinência, faça-o no final do item SUGESTÕES.

Padrões de Sexualidade Ineficazes: “*expressão de preocupação quanto à sua própria sexualidade*” (NANDA, 2001, p.169).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
DIFICULDADES OU LIMITAÇÕES RELATADAS NOS COMPORTAMENTOS OU ATIVIDADES SEXUAIS Estado em que há prevalência dos estímulos com poder de inibir ou restringir comportamentos ou atividades sexuais esperados, geralmente manifesta-se pelo relato espontâneo da presença de obstáculos que o impede de não se sentir capaz de empenhar-se num comportamento ou atividade sexual esperado, advindo de determinantes biológicas e/ou psicológicas (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1996; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).					
MUDANÇAS RELATADAS NOS COMPORTAMENTOS OU ATIVIDADES SEXUAIS Estado no qual o indivíduo expressa mudanças quanto à maneira de exercer suas atividades sexuais ou nos comportamentos sexuais antes cultivados (KAPLAN, 1977; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).					
BOCA SECA Diminuição da produção de saliva que deixa a boca com sensação de sem umidade, seca (MALTESE & MALTESE, 1994).					

Padrões de Sexualidade Ineficazes: “*expressão de preocupação quanto à sua própria sexualidade*” (NANDA, 2001, p.169).

Característica Definidora e Definição	Não Característica	Muito Pouco Característica	De algum modo Característica	Muito Característica	Muitíssimo Característica
ALTERAÇÕES NO DESEMPENHO DO PAPEL SEXUAL PERCEBIDO. Estado em que o indivíduo experimenta mudanças nos padrões de comportamento e expressão sexual que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente em que vive (NANDA, 1999; KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1982).					
CONFLITO ENVOLVENDO VALORES Luta entre dois ou mais valores opostos, que podem ocorrer numa mesma pessoa (intrapessoal), ou seja, acontece intrapsiquicamente ou entre dois ou mais indivíduos (interpessoal). Essa luta decorre do processo de acomodação e ajustamento dos próprios valores com as situações que os indivíduos se deparam gerando forças conflitantes provisórias ou de longa duração (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1993).					
ALTERAÇÃO NO RELACIONAMENTO COM PESSOAS SIGNIFICATIVAS Relato de mudanças ao se interagir com pessoas íntimas após um histórico de relacionamento interpessoal e desenvolvimento sexual normal, em função de um problema físico ou emocional, evidenciado pelo desgaste no relacionamento (KAPLAN, 1983).					
HESITAÇÃO URINÁRIA Retardo indevido e dificuldade de iniciar a micção (MALTESE &MALTESE, 1994).					
SUGESTÕES					

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da etapa Validação por Especialistas

Ribeirão Preto, 15 de março de 2003

Prezada Colega

Vimos através desta pedir sua colaboração para responder o instrumento anexo, que é parte integrante do projeto de doutorado “Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes”. Esta etapa caracteriza-se pela validação por peritos e, portanto, sua participação é importantíssima neste estudo, pois são poucas as enfermeiras nacionais que trabalham com esta temática.

Pedimos sua colaboração para que nos envie a resposta o mais rápido possível, pois estes resultados nortearão a fase seguinte da coleta de dados deste trabalho que será realizado com o cliente (Validação Clínica).

Obrigado pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Alexandra de Souza Melo
Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado
Fone para contato: (16) 3963 1652
e-mail: melo@eerp.usp.br

Orientadora: Profª Drª Emília Campos de Carvalho

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto 93. 933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Sr(a)

Estamos realizando um estudo do projeto de doutorado: **“Validação dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”**, vinculado ao Programa Interunidades de Doutorado, com o objetivo de validar os referentes diagnósticos, com a finalidade de fornecer a você, enfermeiro, um instrumento de coleta de dados que conduz a planejar intervenções na área sexual do cliente.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos total sigilo sobre a sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa **“Validação dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”**.

Local, Data

Assinatura da Voluntária

Local, Data

Pesquisador: Alexandra de Souza Melo
Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado
Telefone para contato: (16) 39631652
e-mail: melo@eerp.usp.br

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados da Verificação da Incidência das
Evidências Clínicas

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados de Identificação

Idade _____ Sexo Civil: () Masculino () Feminino
Estado civil _____ Cor _____
Procedência: _____ Religião _____
Ocupação/ Profissão: _____
Escolaridade _____
Data da internação _____ Enf. _____ Leito _____
Diagnóstico médico _____
Data da admissão na instituição _____
Motivo e trajetória da internação _____

Vida Pregressa e Perfil de Saúde

História de doença na família _____

História de patologia(s) _____

História de hospitalização _____

Cirurgia(s) anterior(es) _____

Alergias _____
Bebidas alcoólicas _____ Tipo _____
Quantidade/dia _____ Tempo de uso _____
Tabagismo _____ Quantidade/dia _____ Tempo de uso _____
Outro vício _____ Quantidade/dia _____ Tempo de uso _____

Medicamentos em uso: _____

Condições Neurológicas

Consciência e orientação (tempo, espaço e pessoa) _____

Postura e marcha _____
Comunicação _____

Sono e Repouso

Horas de sono: _____ Repousa durante o dia? _____

Faz uso de medicação para dormir? _____ Qual? _____

Hábitos _____

Queixas _____

Antropometria e Sinais Vitais

Você percebeu alguma alteração do seu peso? _____

Peso _____ Altura _____ IMC _____

Temperatura axilar _____

Pulso _____ Ritmo _____ Contorno e Amplitude _____

Respiração _____ Tipo _____ Ritmo _____

Profundidade _____ Esforço Respiratório _____

PA _____ Posição _____ MS _____

Cuidado Corporal

Tipo de banho: _____ Frequência diária: _____ Auxílio () Sim () Não

Frequência diária da higiene oral: _____

Inspeção e Palpação da pele: _____

Você percebeu algum tipo de alteração em sua pele e unhas _____

Inspeção das unhas: _____

Você percebeu algum tipo de alteração em seus pêlos e cabelos _____

Inspeção de cabelos e pêlos _____

Inspeção do couro cabeludo e da cabeça _____

Você percebeu algum tipo de alteração em seus olhos e na sua visão _____

Inspeção dos olhos _____

Acuidade visual: _____

Inspeção e palpação do nariz _____

Você percebeu algum tipo de alteração em algum local de sua boca _____

Inspeção da boca

Lábios _____

Mucosa oral _____

Língua _____

Gengivas _____

Dentes _____

Amígdalas _____

Inspeção e palpação das orelhas _____

Acuidade auditiva _____

Inspeção e palpação do pescoço _____

Respiração

Você tem algum tipo de dor no tórax () Sim () Não

Localização da dor _____

No momento tem apresentado tosse () Sim () Não. Especifique o tipo: _____

Você tem apresentado alguma dificuldade para respirar () Sim () Não

Quando você respira sente algum ruído () Sim () Não

Tem apresentado voz rouca () Sim () Não

Percebeu algum desconforto respiratório em alguma posição do corpo

() Sim () Não

Exame Físico do Tórax Posterior e Anterior

Inspeção _____

Palpação _____

Percussão _____

Ausculat _____

Coração

Você tem algum tipo de dor no coração () Sim () Não

Localização da dor _____

Você tem alguma percepção incômoda de seus batimentos cardíacos () Sim () Não

Você sente cansaço ou falta de ar () Sim () Não

Especifique em que atividades _____

Você tem sentido desmaios () Sim () Não

Você percebe “inchaços” no seu corpo () Sim () Não

Especifique o local _____

Você sente uma fraqueza no corpo todo () Sim () Não

Você normalmente tem formigamento ou queimação nas pernas () Sim () Não

Você percebeu alguma alteração de temperatura nas pernas () Sim () Não

Exame Físico do Coração

Inspeção _____

Palpação _____

Ausulta _____

Mamas e Axilas

Você percebeu alguma alteração em suas mamas? () Sim () Não

Especifique _____

Inspeção _____

Palpação _____

Você percebeu alguma alteração nas suas axilas? () Sim () Não

Inspeção _____

Palpação _____

Alimentação/Hidratação

Número de refeições _____

Ingestão de líquidos _____ Quantidade/dia _____

Dificuldades ao alimentar-se: () Sim () Não Quais: _____

Restrições _____

Queixas _____

Exame Físico do Abdome

Inspeção _____

Ausulta _____

Percussão _____

Palpação _____

Eliminação Urinária

Frequência diária das micções _____

Aspecto (cor, odor, presença de sedimentos) _____

Queixas _____

Eliminação Intestinal

Frequência/dia _____

Uso de laxantes ou obstipantes ()Sim ()Não

Características das fezes (cor das fezes, odor, consistência, quantidade) _____

Queixas _____

Sexualidade

• Há alguma atividade diária que você executava antes do tratamento e que no momento você não consegue executar? ()Sim ()Não

Qual? _____

Em caso afirmativo, responda:

• Frente a esta(s) atividade(s), você acha que você não consegue realiza-la ou você já tentou e não conseguiu?

()Acha que não consegue realizar () Já tentou e não conseguiu

• Você mantinha relacionamento sexual antes de estar hospitalizado?

()Sim ()Não Comentário: _____

Em caso negativo, descreva o motivo do afastamento da relação sexual.

Em caso afirmativo, responda as questões abaixo¹:

❖ Tem parceiro (a) sexual fixo (a)? ()Sim ()Não

❖ Sua parceria sexual é:

() Do mesmo sexo () Do sexo oposto () Ambos os sexos

❖ Você faz uso de algum método contraceptivo?

()Sim ()Não () Às vezes

Quais? _____

• Você percebeu alguma limitação do seu estado de saúde ou do tratamento na sua vida sexual?

¹ Todas as questões com o símbolo * somente serão perguntadas aos sujeitos que referirem que mantém relacionamento sexual após a doença.

() Sim

() Não

Especifique: _____

- Tem alguma coisa que você executava e que no momento você não consegue realizar?

() Sim

() Não

O que? _____

- Frente a esta(s) atividade(s), você acha que você não consegue realiza-la ou você já tentou e não conseguiu?

() Acha que não consegue realizar

() Já tentou e não conseguiu

- No momento, você tem alguma preocupação com sua vida sexual?

() Sim

() Não

Especifique: _____

- Esta preocupação chega a atrapalhar o seu relacionamento sexual?

() Sim

() Não

- Esta preocupação sempre atrapalhou o seu relacionamento sexual?

() Sim

() Não

- Você sempre teve vontade de manter atividade sexual? () Sim () Não

• Hoje, você sente que sua vontade mudou de intensidade?

() Aumentou

() Diminuiu

() Nada alterou

- Você pratica sexo por obrigação?

() Sim

() Não

Em caso afirmativo: () Às vezes

() Sempre

() Raramente

- Antes, quem sentia interesse em iniciar uma relação sexual?

() Você mesmo

() Parceiro(a)

() Parceiro(a) e você

() Não sabe responder

- ❖ Hoje, quem sente interesse em iniciar uma relação sexual?

() Você mesmo

() Parceiro(a)

() Parceiro(a) e você

() Não sabe responder

- ❖ Hoje, para você, é agradável participar de uma relação sexual?

() Sim

() Não

- Você sempre se sentiu atraente/sensual?

() Sim

() Não

- Hoje, você se sente uma pessoa atraente/sensual?

() Sim

() Não

- ❖ Hoje, você desperta o desejo sexual no(a) parceiro(a) sexual? () Sim () Não

- ❖ Atualmente, após a relação sexual como você se sente?

Especifique: _____

- ❖ Após você ficar sabendo do seu problema de saúde, durante ou após a relação sexual, você vivenciou algum sentimento como:

- ☐ Embaraço
☐ Tensão
☐ Ansiedade

- ☐ Ausência de sensação
☐ Não sentiu nada de diferente

❖ Hoje, você percebe mudanças na sua vida sexual?

- ☐ Nada mudou ☐ Sinto que mudou. Especifique: _____

Caso o sujeito for homem:

- Você tem algum problema de ereção? ☐ Sim ☐ Não
• Hoje, você percebe alguma alteração de ereção?

☐ Aumentou ☐ Diminuiu ☐ Nada Alterou

Caso tenha diminuído, especificar se foi relacionado a duração ou potência: _____

Caso o sujeito for mulher:

- Você sente que fica úmida na relação sexual (lubrificação vaginal)?
☐ Sim ☐ Não

• Hoje, você percebe alguma alteração nesta sensação de umidade?

☐ Aumentou ☐ Diminuiu ☐ Nada Alterou

- Você sempre sentiu prazer na relação sexual? ☐ Sim ☐ Não
• Houve alteração no seu desempenho sexual? ☐ Sim ☐ Não
• Hoje, você está satisfeito(a) com sua vida sexual? ☐ Sim ☐ Não
• Hoje, você se sente capaz de alcançar a satisfação sexual? ☐ Sim ☐ Não

❖ Neste momento da sua vida, você teve que alterar sua prática sexual para continuar obtendo prazer?

☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, especificar o que mudou: _____

❖ Hoje você sente prazer na atividade sexual? ☐ Sim ☐ Não

• Hoje o que é mais difícil numa atividade sexual para você? _____

- Você, em algum momento, comentou ou foi abordado por algum profissional sobre sua vida sexual, durante a internação? ☐ Sim ☐ Não

☐ Comentou ☐ Foi abordado

Quem? _____

• Se tivesse que conversar com algum profissional da saúde sobre dúvidas a respeito da sexualidade, com quem conversaria?

Exame Físico FEMININO

Inspeção _____

Palpação _____

Percussão (caso for necessário) _____

Exame Físico MASCULINO

Inspeção _____

Palpação _____

Lazer

Hábitos de lazer: _____

Frequência: _____ Preferências _____

Exercícios e Atividade Física

Costuma praticar alguma atividade física? () Sim () Não

Qual? _____ Frequência: _____

Exame Físico do Sistema Músculo-esquelético

Inspeção _____

Palpação _____

Dados Relacionados aos Aspectos Emocionais

- O seu estado de saúde interferiu na sua vida? () Sim () Não

• O que alterou? _____

• Hoje você mudou fisicamente? () Sim () Não

Em que? _____

• Você se preocupa com essa imagem? () Sim () Não

• Esta modificação interferiu na sua vida sexual? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

• Em que sentido?

() sentimento de estar ou se sentir diferente das outras pessoas

() sentimento de não estar atraente e desejado(a) pelos outros

() outros. Especifique: _____

• O que você acha mais atraente em seu corpo?

• Atualmente, você sente uma perda de interesse por si próprio?

() Sim () Não

• Você se sente desanimado(a) com alguma atividade do dia a dia?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, especifique em que:

() Higiene pessoal () Vestuário

() Alimentação () Aparência física

() Outros. Especifique: _____

- Atualmente, como você prefere conviver no meio social?
() Conviver em companhia de familiares/amigos
() Excluir-se de participação social

Dados Relacionados aos Aspectos Sociais e Espirituais

- Você percebeu alguma mudança de relacionamento com pessoas que você convive no seu dia a dia? ()Sim ()Não

Descrever: _____

- Você percebeu alguma mudança de relacionamento com seu(sua) parceiro(a) sexual?
()Sim ()Não

Especifique: _____

- Quais são suas práticas religiosas?

- A religião tem influencia na sua vida sexual? ()Sim ()Não

Descrever em que aspecto: _____

- Você tem crenças ou valores que interferem na sua sexualidade?
()Sim ()Não

Quais: _____

- Quando você acha que sexo é bom?

- Você sente que a maneira da sua expressão sexual combina com as normas e expectativas do meio que você convive?

()Sim ()Não

Em caso negativo, especifique: _____

Em caso negativo, responda:

- Esta prática sexual te incomoda? ()Sim ()Não

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da etapa Verificação
da incidência das evidências clínicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Decreto 93. 933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Sr(a)

Estamos realizando um estudo que se propõe a identificar a possibilidade de por em prática os diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes, em populações específicas. Nesta etapa solicitamos seu auxílio para responder questões que dizem respeito as rotinas sobre alimentação, eliminação, cuidados pessoais e atividade física e sexualidade, bem como sua permissão para realizar um exame físico geral.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos total sigilo sobre a sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, desde a presente data.

Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos preencher os dados abaixo:

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa **“Validação dos diagnósticos de enfermagem “Disfunção Sexual” e “Padrões de Sexualidade Ineficazes”**.

Local, Data

Assinatura da Voluntária

Local, Data

Pesquisador: Alexandra de Souza Melo
Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado
Telefone para contato: (16) 39631652
e-mail: melo@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 063/2002

Ribeirão Preto, 10 de julho de 2002.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 40ª reunião ordinária, realizada em 26 de junho de 2002.

Protocolo: nº 0270/2002
Projeto: Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem "disfunção sexual" e "padrões de sexualidade alterados"
Pesquisadores: Emília Campos de Carvalho
Alexandra de Souza Melo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Marli Villela Mamede
Profª Drª Marli Villela Mamede
Coordenadora do CEP-EERP/USP
Profª Drª Maria Suely Negreira
Profª Drª Maria Suely Negreira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

Ilmª Srª

Profª Drª Emília Campos de Carvalho
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Ribeirão Preto, 14 de junho de 2002.

Prezada Sra.

Estamos enviando para análise do digno Comitê de Ética em Pesquisa da EERP – USP a documentação solicitada para aprovação do projeto de pesquisa: “Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes”. Seguem os dois termos de consentimento solicitados, correspondentes às 2ª e 3ª etapas do projeto, bem como a autorização do responsável pelo setor de Clínica Médica onde o projeto será realizado. Destacamos que também estamos incluindo o instrumento de coleta de dados da 3ª etapa do projeto, ficando portanto o projeto na íntegra submetido a este comitê.

Informamos que suprimimos o termo “clínica” do título do presente projeto para melhor contemplar os objetivos estabelecidos.

Atenciosamente,

Alexandra de Souza Melo

Programa de Doutorado Interunidades

Emília Campos de Carvalho
Profª Titular da EERP-USP
Orientadora do Projeto

Profª Dra Marli Vilela Mamede

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

ANEXO B - Autorização do diretor clínico do setor do hospital onde foi realizada a coleta de dados

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

Ribeirão Preto, 28 de maio de 2002.

Prezado Senhor,

Vimos solicitar sua colaboração quanto as providências ético-legais para realização da pesquisa **“Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes”**, projeto de tese junto ao Programa Interunidades de Doutorado.

Informamos que o projeto na íntegra já foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP sob o nº do protocolo 0270/2002 para análise apenas da 1ª e 2ª etapas que constam de revisão bibliográfica e validação de conteúdo dos diagnósticos supra mencionados por enfermeiros peritos no assunto. Contudo, por entender aquele Comitê que todo processo deve ser na íntegra aprovado por um único Comitê de Ética, vimos solicitar permissão para desenvolver à 3ª etapa do projeto, permissão essa que permitirá a manifestação final do Comitê de Ética da EERP-USP.

Cabe-nos salientar que a pesquisa terá como sujeitos pacientes homens ou mulheres internados no setor de Clínica Médica do HCFMRP-USP, na faixa etária entre 18 e 55 anos de idade, que possuam diagnóstico médico de doença onco-hematológica. Ressaltamos que a participação dos sujeitos consistirá em responder um questionário com questões referentes à alimentação, eliminação, padrão de sono e repouso e sexualidade e permitir a realização do exame físico geral, com o intuito de se identificar alterações do padrão de normalidade. Segue anexo, para seu conhecimento, o termo de consentimento a ser apresentado ao paciente (sujeitos da 3ª fase).

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

Agradecendo a atenção dispensada e sua colaboração nos encaminhamentos que se fizerem necessários junto a esta instituição, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Alexandra de Souza Melo
Alexandra de Souza Melo
Programa de Doutorado Interunidades

Emília Campos de Carvalho
Emília Campos de Carvalho
Orientadora do Projeto

de aron 29.05.06

Ilmo.Sr. /

Profº Drº Ricardo Brandt de Oliveira

Chefe do Departamento de Clínica Médica da FMRP - USP