

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
ÁREA ESTOMATERAPIA**

**ESTRATÉGIAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS PARA AUXILIAR O ESTOMIZADO
NA RETOMADA DE SUA SEXUALIDADE.**

MARIANA SCHREIBER LITWINSKI

Belo Horizonte

2012

MARIANA SCHREIBER LITWINSKI

**ESTRATÉGIAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS PARA AUXILIAR O ESTOMIZADO
NA RETOMADA DE SUA SEXUALIDADE.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Área de concentração: Estomaterapia

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eline Lima Borges

Belo Horizonte
2012

Litwinski, Mariana Schreiber.
L782e Estratégias baseadas em evidências para auxiliar o estomizado na retomada de sua sexualidade [manuscrito]. / Mariana Schreiber Litwinski.
– Belo Horizonte: 2012
49f. : il.

Orientadora: Eline Lima Borges.
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

1. Sexualidade. 2. Ileostomia. 3. Dissertações Acadêmicas. I. Borges, Eline Lima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WI 900

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar
Área de concentração: estomaterapia

Monografia intitulada: “*Estratégias Baseadas Em Evidências Para Auxiliar O Estomizado Na Retomada De Sua Sexualidade.*”, de autoria da aluna Mariana Schreiber Litwinski, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Eline Lima Borges – EE. UFMG – Orientadora

Profa. Dra. Miguir Terezinha Viacelli Donoso – EE. UFMG

Profa. Dra. Salete Maria de Fátima Silqueira – EE. UFMG

Belo Horizonte, 03 de Setembro de 2012

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte. M.G. CEP: 30130-100

RESUMO

As intervenções cirúrgicas que resultam na confecção de um estoma são potencialmente acompanhadas por alterações em várias esferas da vida desse indivíduo, inclusive na vivência de sua sexualidade. No entanto, percebe-se que na assistência ao estomizado, a sexualidade é uma área pouco contemplada nos planos terapêuticos pelos profissionais de saúde. Diante disso, esse estudo teve como objetivo identificar as dificuldades apresentadas pelos estomizados na vivência de sua sexualidade e estabelecer estratégias baseadas em evidências para auxiliá-los na retomada da mesma. Utilizou-se a prática baseada em evidências (PBE) como referencial teórico e a metassíntese como referencial metodológico. Os estudos foram identificados por meio de busca no site da Biblioteca Virtual em Saúde, que incluiu publicações indexadas na LILACS, MEDLINE, SCIELO, BDENF e COCHRANE, compreendidas no período de 2002 a 2012. Os quatro estudos qualitativos que compuseram a amostra foram qualificados segundo suas características gerais, aplicando-se os critérios do instrumento *Critical Appraisal Skills Programs*, CASP. A análise dos estudos possibilitou identificar que, dentre as dificuldades mais frequentes para a retomada da sexualidade do estomizado, encontra-se: a ausência de apoio ou rejeição do parceiro, a ausência de um relacionamento sólido, alterações anatômicas ou mutilações dos órgãos sexuais e a vivência da doença. Em relação às propostas de enfrentamento da sexualidade, verificou-se nos estudos que: a qualidade dos relacionamentos; o apoio dos cônjuges ou parceiros; a utilização de técnicas de gestão do estoma; bem como a utilização de algumas modificações no repertório sexual são essenciais para a retomada da sexualidade. Observou-se ainda que em muitas situações o ato sexual torna-se secundário podendo ser substituído por sentimentos como amor, carinho, companheirismo e até mesmo atividade religiosa. Face ao exposto, verifica-se que tanto o estomizado quanto o seu parceiro sexual necessitam de informações a respeito de sua sexualidade. Diante disso, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às reações destas pessoas, tendo em consideração todas estas especificidades na prestação de cuidados de saúde.

Descritores: Sexualidade. Estoma cirúrgico. Ileostomia. Colostomia. Enfermagem

ABSTRACT

Surgical interventions that result in the making of a stoma are potentially accompanied by changes in various spheres of life of that individual, including the experience of their sexuality. However, it is noticed that in ostomy care, sexuality is an area rarely addressed in treatment plans by health professionals. Therefore, this study aimed to identify the difficulties presented by the ostomy experience of their sexuality and establish evidence-based strategies to assist them in the recovery of the same. Used the evidence-based practice (EBP) as a theoretical and methodological framework as metasynthesis. Studies were identified by searching the website of the Virtual Health Library, which included publications indexed in LILACS, MEDLINE, SciELO, BDNF and COCHRANE, ranging from 2002 to 2012. The four qualitative studies that composed the sample were classified according to their general characteristics, applying the criteria of the instrument Critical Appraisal Skills Programs, CASP. The studies identified that among the most frequent difficulties for the resumption of the ostomy sexuality, is: the lack of support or rejection of the partner, the absence of a solid relationship, anatomical or mutilation of sexual organs and living 's disease. In relation to the proposals for coping with sexuality, it was found in studies: the quality of relationships; support from spouses or partners, the use of management techniques stoma, and the use of some modifications in the sexual repertoire are essential for the resumption of sexuality. It was also observed that in many situations the sexual act becomes secondary and may be replaced by feelings of love, affection, companionship and even religious activities. Face ao exposto, verifica-se que tanto o estomizado quanto o seu parceiro sexual necessitam de informações a respeito de sua sexualidade. Diante disso, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às reações destas pessoas, tendo em consideração todas estas especificidades na prestação de cuidados de saúde.

Words: Sexuality. Stoma surgery. Ileostomy. Colostomy. nursing

LISTA DE QUADROS

- 1- Estratégia de busca e seleção de publicações nas diversas bases e bancos de dados. Belo Horizonte, 2012.....25
- 2- Caracterização dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2012.....29
- 3- Caracterização da autoria das publicações da amostra. Belo Horizonte, 2012.....30
- 4- Características dos sujeitos da amostra, coleta de dados e enfoque teórico dos estudos. Belo Horizonte, 201231
- 5- Categoria de análises interpretativas dos estudos. Belo Horizonte, 2012.....33

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Identificação, seleção de estudos para composição da amostra.....	26
--	----

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	08
2- OBJETIVOS.....	11
3- REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4- REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
5- PERCURSO METODOLÓGICO.....	17
5.1- Pesquisa Qualitativa.....	17
5.2- Revisão Sistemática.....	19
5.3- Metassíntese.....	20
6- RESULTADOS.....	29
7- DISCUSSÃO.....	38
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS DA METASSÍNTESE.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO.....	48
APÊNDICE.....	50

1- INTRODUÇÃO

Um estoma de eliminação, por exemplo, colostomia ou ileostomia, pode ser um sério limitador da qualidade de vida. Os pacientes estomizados enfrentam dificuldades, tanto físicas quanto psicológicas. Há questões psicossociais envolvidas na dinâmica desses pacientes, como a perda da integridade corporal, a violação involuntária das regras de higiene e a perda da função reguladora do esfíncter anal (BECHARA *et al.*, 2005).

O vocábulo estoma ou ostomia é designativo de origem grega a partir do étimo “stoma” e exprimem a idéia de “boca” ou abertura. Indicam a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo. Indivíduos que possuem estomas intestinais ou urinários realizam um desvio das fezes ou urina do seu trajeto natural para o exterior devido causas variadas: neoplasias malignas, má formação congênita, disfunções neurológicas, doenças inflamatórias e traumas. Estes estomas são criados em caráter temporário ou definitivo (HABR-GAMA, ARAÚJO, 2005).

Em função da confecção do estoma, o indivíduo tem a necessidade de conviver com um equipamento coletor aderido ao abdome. Esse procedimento cirúrgico causa inúmeros transtornos à pessoa estomizada como a intensa mudança no estilo de vida, exposição às modificações nos âmbitos pessoal, profissional e familiar (SILVA, SHIMIZU, 2007).

As reações apresentadas pelos indivíduos que adquirem são muito variadas. A maioria dos pacientes, após a realização do estoma, vivencia os estágios emocionais de negação, ira, barganha, depressão e aceitação. Além das dificuldades emocionais, o estoma gera alterações físicas que prejudicam o convívio social, principalmente aquelas relacionadas à presença de um orifício no abdome por onde passa a eliminar fezes ou urina. Como consequência, o estomizado, não raramente, sente-se muito diferente dos outros e até mesmo excluído. Isso ocorre porque todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo, que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive, enfim, que atende as suas necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo. A imagem corporal está relacionada à juventude, beleza, vigor, integridade e saúde e aqueles que não correspondem a esse conceito de beleza corporal podem experimentar significativo senso de rejeição (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Os estomas alteram a fisiologia gastrintestinal, a auto-estima e imagem corporal, causando mudanças na vida laborativa, familiar, social e afetiva da pessoa. Essa tem medo de

sentir-se discriminada, de ser substituída e de perder sua independência. No estudo realizado por Bechara e colaboradores (2005) com uma amostra de 59 estomizados, observou-se que 51% dos pacientes não retomaram suas atividades de lazer ou retomaram apenas parcialmente, devido a insegurança, vergonha, ou problemas físicos. No aspecto familiar, todos consideram imprescindível o apoio da família na sua recuperação. A reação dos familiares e do parceiro(a) frente a um estoma pode minimizar ou maximizar as consequências do mesmo.

Os estomas afetam também a vida sexual do estomizado. A mudança física causada pela confecção do estoma pode afetar o desempenho sexual e a sexualidade do indivíduo. As dificuldades advêm das alterações na imagem corporal ou disfunções fisiológicas provenientes do próprio procedimento cirúrgico. O homem estomizado pode apresentar redução ou perda da libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção, alteração da ejaculação. As alterações mais frequentes apresentadas pela mulher são a redução ou perda da libido e dispareunia. Boa parte das dificuldades sexuais é de origem psicológica, sobretudo devido à vergonha frente ao parceiro, sensação de estar sujo e repugnante, gerando medo de ser rejeitado (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Bechrara *et al.* (2005) confirmaram esses fatos em seu estudo ao constatar que 76% dos pacientes não retomaram suas atividades sexuais ou retomaram apenas parcialmente e atribuíam a isso problemas físicos (30%), problemas com o dispositivo (6%), vergonha (26%) ou não aceitação pelo parceiro (6%). Ou seja, os distúrbios da função sexual podem ser tanto de ordem subjetiva, relacionadas ao conceito de autoimagem, ou de ordem orgânica, decorrentes de lesão nervosa no ato operatório.

A sexualidade ultrapassa a necessidade fisiológica e tem relação direta com a simbolização do desejo. Não se reduz aos genitais, refere-se à emoção que o sexo pode produzir, transcende definições físicas e se coloca como algo mais difuso que permeia todos os momentos da vida, possui significados complexos, multifacetados e que concentram grande carga de subjetividade (PAULA *et al.*, 2009).

A assistência ao estomizado ultrapassa o ensinar ao paciente os cuidados de higiene e troca de dispositivos coletores. É necessário um planejamento da assistência, uma abordagem multidisciplinar que inclua a participação de enfermeiro estomaterapeuta, assistente social, psicólogo e médico assistente. As visitas no pré-operatório devem incluir o preparo do paciente e a sua família e minimizar o efeito de castração causado pela mutilação cirúrgica. As visitas no pós-operatório têm como finalidade o ensino do autocuidado, a reinserção social e retorno a vida sexual.

Os profissionais de saúde direcionam a assistência a aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento biomédico, ou seja, voltada para a doença e sua cura. Os aspectos mais subjetivos, incluindo a sexualidade, são menos valorizados, dando a falsa impressão de que não fazem parte da saúde humana (PAULA *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2011).

Na assistência à pessoa estomizada, a sexualidade é área pouco explorada pelos profissionais de saúde devido ao desconhecimento pelo tema. Existe, ainda, muita dificuldade em questionar e abordar esse assunto. Também percebe-se que, os estomizados ficam constrangidos ao falar sobre a sua vida íntima. O silêncio contribui para que as representações e significados referentes ao aspecto sexual sejam pouco conhecidos e explorados e, assim ações específicas para o atendimento dos problemas referentes a área da sexualidade sejam pouco contempladas nos planos terapêuticos (PAULA *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2011).

Diante do exposto surgem os questionamentos: quais as dificuldades apresentadas pelo estomizado na vivência de sua sexualidade? Há estratégias passíveis de serem implementadas pelos enfermeiros para auxiliar os estomizados retornarem a atividade sexual?

Compreender as modificações que ocorrem na vida da pessoa que vive com estoma e como ela vivencia todo este processo é fundamental para prestar um apoio mais efetivo. É preciso dar mais atenção à pessoa estomizada, buscando, no seu universo, conhecer e compreendê-la na sua temporalidade, mediante a interpretação dos sentimentos expressos por ela, principalmente, oportunizando-lhe a manifestação verbal de suas emoções.

Frente à importância de se estudar a integralidade da saúde, com destaque à sexualidade do estomizado em seus diversos segmentos assistenciais, destaca-se o propósito deste estudo qual seja o de relacionar a temática da sexualidade do estomizado e propor estratégias baseada em evidências para auxiliá-lo na retomada de sua sexualidade.

Dessa forma, faz-se necessário identificar as dificuldades apresentadas pelos estomizados e estabelecer estratégias baseadas em evidências para auxiliar o estomizado na retomada da vida sexual.

2- OBJETIVOS

- Identificar as dificuldades apresentadas pelo estomizado na vivência de sua sexualidade.
- Estabelecer estratégias baseadas em evidências para auxiliar o estomizado à retomada da sexualidade.

3- REVISÃO DE LITERATURA

Estomas intestinais estão indicados no tratamento de uma série de doenças ou agravos, considerando o estabelecido na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, na qual doença significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos. Agravamento significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas (MS, 2011). Portanto, os estomas podem ser confeccionados nos casos de diverticulite, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, trauma, megacólon, anomalias congênitas, colites e retites actínicas e câncer. A criação de estomas intestinais é comum no tratamento dos tumores colorretais, além de estar indicada em casos de obstrução por tumores pélvicos ou nas ressecções ampliadas (BECHARA *et al.*, 2005).

A pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica para confecção de um estoma enfrenta várias modificações no seu dia-a-dia, as quais ocorrem não só em nível fisiológico, mas também em nível psicológico, emocional e social. O cuidado do estoma demanda equipamentos especificamente utilizados por esses usuários, que abrangem os dispositivos coletores ou bolsas coletoras (para estomas intestinais e urinários; para adultos e crianças), adjuvantes (desodorante, espessante, filtro, presilha, coletor urinário de perna e de cama, cateter urinário), de proteção e segurança (barreiras, cinto, removedor), essenciais para o processo reabilitatório dessa clientela (SANTOS *et al.*, 2008).

A presença de um estoma pode resultar, em um primeiro momento, em uma morbidade psicológica, contribuindo para uma diminuição ou deterioração da sua qualidade de vida. As alterações que têm um impacto a nível emocional e psicológico resultam, essencialmente, da alteração da imagem corporal e das consequências que desta advêm (CASCAIS *et al.*, 2007).

Os aspectos psicossociais, certamente, determinam o grau de respostas à situação de doença e à busca de ajuda ou negação desta situação. Isto está, intrinsecamente, aliada ao significado que o indivíduo atribui a sua doença. Essa situação implica sofrimento, dor, deterioração do corpo ou da vida, incertezas quanto ao futuro, mitos relacionados a ele, medo da rejeição social, dentre outros. A experiência do estomizado vai se transformando ao longo do tempo. Assim, a pessoa necessita de um tempo pessoal para refletir e adaptar-se à sua condição de estomizado, que pode levar dias, semanas ou meses (SONOBE *et al.*, 2002).

Outra consequência da presença do estoma é a alteração do papel e do status social da pessoa, seja na família ou na sociedade. No que se refere ao retorno à sua atividade ocupacional produtiva, observa-se uma dificuldade de reinserção destas pessoas, devido à perda ou limitação da capacidade produtiva percebida pelo estomizado (CASCAIS *et al.*, 2007)

Na realidade, o estoma e o dispositivo coletor imprimem mudança concreta na vida das pessoas estomizadas, mudança essa que requer tempo para sua aceitação e o aprendizado do autocuidado. A pessoa passa a ter de cuidar diariamente do estoma, do dispositivo e dos acessórios. Essa tarefa não é fácil, elas ficam expostas ao contato com a deformação física causada pela cirurgia e, também, com a necessidade de manipular diretamente as suas próprias fezes, o que as leva à vivência de sentimento de baixa auto-estima. É, também, o momento que a pessoa passa a tomar consciência das limitações causadas pelo estoma em suas atividades da vida diária. É necessário ressaltar, ainda, a existência de pessoas que, além de conviverem com as limitações impostas pelo estoma, necessitam enfrentar as complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, como a hérnia e o prolapso da alça intestinal, que requerem cuidados especiais (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Os hábitos alimentares também precisam ser modificados radicalmente como estratégia para evitar a flatulência excessiva, conseqüentemente, eliminações de gases e outras complicações como, por exemplo, a diarreia. Assim, eles passam a ter que realizar controle alimentar rigoroso, que consiste em abster-se de alimentos que causam eliminações de gases. (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Um grande incômodo é causado quando há eliminação de gases, vazamentos e odor de fezes exalado pela bolsa coletora. O incômodo físico relatado interfere no relacionamento interpessoal, pois alguns estomizados adotam uma postura de distanciamento e isolamento social. Reconhecem que esta mudança é imposta por eles e que as outras pessoas, na sua maioria, não modificaram o comportamento devido à presença do estoma. O uso da bolsa coletora representa a mutilação sofrida e tem relação direta com a perda da sua capacidade produtiva. Muitas vezes, o paciente incorpora o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação. O paciente necessita de um tempo interno para viver o seu momento de luto, ou seja, rever os seus conceitos, contrapor as suas perdas e encontrar forças para aceitar e trabalhar as suas possibilidades após o estoma (SONOBE *et al.*, 2002).

A vida sexual da pessoa estomizada é também afetada, encontrando-se intimamente relacionada com o conceito de auto-imagem e a consequente diminuição da auto-estima e da percepção de atração sexual (SONOBE *et al.*, 2002). As modificações que ocorrem na área sexual são tão profundas que para as pessoas estomizadas, o ato sexual torna-se secundário, ou seja, pode ser substituído por sentimentos como amor, carinho, respeito, companheirismo e, até mesmo, atividade religiosa. Além disso, essa pessoa deposita confiança e conseqüentemente esperança na ciência para resolver o problema da sexualidade (SILVA, SHIMIZU, 2006).

O conceito de sexualidade na teoria psicanalítica não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer que não é redutível apenas à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental, como a respiração ou a fome, por exemplo. As formas de excitações e atividades se encontram como componentes na chamada forma normal do amor sexual. Assim, a sexualidade e as zonas erógenas são uma construção humana e singular ao longo da vida. O que mantém a integridade do eu e do corpo – e que na experiência da amputação e criação do estoma é desestabilizada – é a sexualidade. É precisamente erogenização do corpo que o ordena no imaginário. Assim, o corpo, enquanto imagem erotizada e narcísica para o paciente é experimentado por ele como íntegro e estável. Essa configuração imaginária é permitida pela sexualização da imagem corporal (LUCIA, 2005).

Não é na intersecção entre o corpo e a sexualidade que a criação de um estoma e a dor psíquica que acarreta atuam, mas exatamente no seu ponto de disjunção. A dor psíquica, seu impacto, e seus concomitantes, decompõem o que a sexualidade agrega. Assim, resta a sexualidade pelo avesso (LUCIA, 2005).

No entanto, a sexualidade como forma de expressão natural do indivíduo ainda é pouco valorizada na prática da assistência à saúde. No que diz respeito ao indivíduo que apresenta uma morbidade indicativa da necessidade de um estoma, é comum os profissionais de saúde direcionarem a assistência a aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento biomédico, ou seja, voltada para a doença e sua cura. Os aspectos mais subjetivos que entrelaçam a vida humana são menos valorizados, dando a falsa impressão de que a sexualidade não faz parte da saúde humana. Dessa forma, freqüentemente o percurso pós-cirúrgico é iniciado sem preparação no que diz respeito às alterações da autopercepção, imagem corporal e sexualidade, seguindo assim por longos períodos e até mesmo pela vida

toda. A inclusão dessa temática no processo de reabilitação da pessoa estomizada contribui para o enfrentamento da nova situação que refletirá na sua qualidade de vida, na qual se insere a importante dimensão da família (MARTINS *et al.*, 2011).

A reabilitação do estomizado visa restituir-lhe as atividades de convívio social e melhorar sua qualidade de vida diante o impacto da aquisição do estoma. A primeira etapa desse processo deve ser a aceitação do estoma pelo paciente. Ele deve entender que o estoma foi confeccionado com o intuito de preservar sua saúde. Os estomizados que convivem bem com seu estoma reconhecem que isso é algo necessário para a preservação da saúde (BECHARA *et al.*, 2005).

Bechara *et al.* (2005) consideram que a reintegração social do estomizado é facilitada se ele fizer parte de um Programa de Ostomizados, que é mantido pelo serviço público, para aquisição dos dispositivos e acompanhamento ambulatorial. Tais associações permitem a convivência de estomizados reabilitados e em processo de reabilitação e colaboram para a melhor aceitação da nova imagem corporal e para o melhor entendimento da nova situação, além de lhe fornecer suporte técnico em como higienizar o estoma, trocar o dispositivo, estimulando sempre o autocuidado e a aceitação da nova imagem corporal.

Face à convivência com estes problemas, verifica-se que, tanto o sujeito estomizado como seu parceiro sexual, necessita de informações a respeito de sua sexualidade. Pode-se constatar, também, que os profissionais da saúde necessitam de preparo específico no sentido de atender aos questionamentos concernentes à sexualidade, sobretudo com referência aos sujeitos estomizados (FREITAS, PELÁ, 2000).

4- REFERENCIAL TEÓRICO

A prática clínica baseada em evidências inclui uma prática reflexiva e cuidadosa. Requer a identificação da dúvida, e medidas são tomadas a todo instante com o objetivo de corrigir distorções e desvios de rumo, durante o processo de decisão do profissional (NOBRE et al.,2003).

Desenvolver a prática clínica com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente. Para alcançar esse propósito pode-se usar como estratégia a PBE (CRUZ, PIMENTA, 2005). Essa envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Assim, essa abordagem encoraja a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo, portanto, a PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado (GALVÃO, 2008).

A PBE visa encorajar a utilização de resultados de pesquisa, denominados de evidência, junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (GALVÃO, 2008).

No movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado. Dentre estes se destacam a revisão sistemática e a revisão integrativa (GALVÃO, 2008).

Vale ressaltar que o uso de evidências científicas requer habilidades do profissional de saúde, pois exige associar resultados oriundos de pesquisas na prática clínica para a resolução de problemas. A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da PBE, e dessa maneira, para a implementação desta abordagem na enfermagem, o enfermeiro necessita saber como obter, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do paciente na tomada de decisões na assistência de enfermagem aos pacientes e seus familiares (GALVÃO, 2008).

5-PERCURSO METODOLÓGICO

A quantidade das pesquisas qualitativas vem crescendo, e, portanto, levando à mesma problemática já enfrentada pelos pesquisadores e consumidores de pesquisa quantitativa, ou seja, o acúmulo de informações, porém dispersas, fazendo com que os resultados dos estudos qualitativos produzam pouco impacto na prática, incluindo, a subutilização na formulação das políticas públicas de saúde (MATHEUS, 2009). Esse fato sustenta a importância da realização de estudos de revisão tendo como amostra estudos qualitativos, portanto, o referencial metodológico escolhido para esse estudo compreendeu a metassíntese.

Como as questões referentes à sexualidade do estomizado são abordadas, principalmente pelas pesquisas qualitativas, para este estudo optou-se pelo tratamento e apresentação dos dados por meio da metassíntese ou integração de pesquisa qualitativa. Esta consiste na análise e síntese dos resultados de cada pesquisa e na realização de inferências derivadas da análise dos dados como um todo, de forma que o resultado final seja fiel à interpretação feita pelos autores de cada um dos estudos. A escolha da metassíntese justifica-se por esta permitir reunir o conteúdo disponível sobre determinado tema, ajudando a compreendê-lo e a ampliar o conhecimento a respeito, sem desconsiderar a complexidade metodológica e o contexto dos pesquisadores de cada estudo primário (LOPES, 2008).

Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa é uma designação que se refere a correntes de pesquisa muito diferentes, mas que apresentam em comum o fato de serem contrárias aos chamados pressupostos positivistas: objetividade, quantificação e experimentação (GIL *et al.*, 2006). Esse tipo de pesquisa tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos (QUEIROZ *et al.*, 2007).

As investigações qualitativas tem crescido em número, como um outro modo de produção de conhecimento capaz de responder à necessidade de se compreender em profundidade alguns fenômenos da prática de enfermagem, suprimindo vazios deixados pela pesquisa positivista e seus métodos de coleta e análise de dados, sendo uma referência para investigar contextos e realidades distintas (QUEIROZ *et al.*, 2007).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2006), é aquela que busca explorar como as pessoas dão sentido ao mundo que as cerca, quem são elas, e como elas apresentam isto é, respondem aos outros (MINAYO, 2006).

Na pesquisa qualitativa, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos). O que essas representam, dá molde à vida das pessoas. Os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005).

Na área da saúde, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente, entender melhor certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

Uma característica da pesquisa qualitativa é ocorrer no ambiente natural do sujeito. Campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis. E o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados (TURATO, 2005).

As pesquisas qualitativas possuem características multimetodológicas, utilizando um número variado de métodos e instrumentos de coleta de dados. Entre os mais aplicados, estão a entrevista em profundidade (individual e grupal), a análise de documentos e a observação participante ou não. Na pesquisa qualitativa, há diversos tipos de observação, entre as quais a observação assistemática ou não estruturada, a sistemática ou planejada, a individual ou em equipe, a em campo ou laboratório (QUEIROZ *et al.*, 2007).

O método qualitativo tem maior força no rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

A análise dos dados em pesquisas qualitativas consiste em três atividades intrínsecas e contínuas. Uma é a redução dos dados por meio de processo contínuo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais provenientes das observações de campo. Destaca-se que a redução dos dados se inicia antes da coleta de dados propriamente dita. A segunda atividade é a apresentação dos dados que consiste da organização desses de tal forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir da análise dos mesmos. A terceira atividade é o delineamento e verificação da conclusão. Nessa etapa ocorre a identificação de padrões, possíveis explicações, seguida de verificação, retornando às

anotações de campo e à literatura, ou ainda replicando o achado em outro conjunto de dados (MILES, HUBERMAN, 1987).

Outra característica da pesquisa qualitativa é não *generalização* dos resultados obtidos, pois ela não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito. A generalização se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Caberá ao leitor e consumidor da pesquisa usar os resultados para examinar sua plausibilidade e utilidade para entender casos novos (TURATO, 2005).

A complexidade da pesquisa qualitativa advém do fato de não haver uma estratégia própria e única para a sua condução metodológica e interpretativa. Não há um paradigma ou teoria única que a caracterize. São várias as perspectivas teóricas que reivindicam a pesquisa qualitativa: construtivismo, estudos culturais, feminismo, marxismo e modelos étnicos de estudos. Seus métodos e práticas também variam: pesquisadores qualitativos usam a semiótica, narrativa, conteúdo, análise de fonemas, ou mesmo de tabelas e gráficos. São utilizadas técnicas e abordagens metodológicas provenientes da etnometodologia, fenomenologia, hermenêutica, psicanálise, entre outras (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Para responder os questionamentos dessa pesquisa referentes às dificuldades apresentadas pelo estomizado na vivência de sua sexualidade e estratégias passíveis de serem implementadas pelos enfermeiros para auxiliar essas pessoas a retornarem a atividade sexual, optou-se pela pesquisa qualitativa. Assim, por meio da necessidade de apreciação e de tornar visíveis estudos qualitativos clinicamente relevantes a respeito da temática do estudo, surge o interesse na condução de revisão bibliográfica sistemática com a integração de estudos qualitativos.

Revisão sistemática

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica. A pergunta de pesquisa pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas, freqüentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste. A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas, coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas (GALVÃO, 2004).

A revisão sintetiza as informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. Ela tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como a quantificação do efeito dos tratamentos por meio de técnicas estatísticas. Esse recurso envolve a aplicação de estratégias científicas, com a finalidade de limitar vieses, congrega, avalia criticamente e sintetiza todos os estudos relevantes que respondem a uma pergunta clínica específica; além disso, promove a atualização dos profissionais de saúde, uma vez que sintetiza amplo corpo de conhecimento e ajuda a explicar as diferenças entre estudos com a mesma questão clínica (GALVÃO, 2004).

A revisão sistemática constitui o meio para obter os subsídios para a PBE. É uma metodologia rigorosa proposta para identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca. Também é usada para avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto onde as mudanças serão implementadas. Além de permitir a seleção de estudos que fornecerão as evidências científicas e, disponibilizar a sua síntese, com vistas a facilitar sua implementação na PBE.

A revisão sistemática requer planejamento por meio da elaboração do protocolo de pesquisa considerando critérios que validam todas as etapas, além de minimizar o viés e outorgar qualidade à metodologia. Devem-se registrar os procedimentos desenvolvidos em cada momento, para possibilitar que a revisão sistemática seja reproduzida e conferida por outros pesquisadores, tornando-a uma metodologia consistente para embasar a PBE.

Metassíntese

O tratamento de resultados qualitativos obtidos em uma revisão sistemática pode ser apresentado na forma de interpretação dos resultados, denominada de metassíntese (*meta-synthesis* ou *metasynthesis*). Outras denominações encontradas são meta-estudo (*meta-study*), meta-etnografia (*meta-ethnography*), meta-análise qualitativa (*qualitative meta-analysis*) e *aggregate analysis* (LOPES, FRACOLLI, 2008).

A função da metassíntese do ponto de vista qualitativo visa: fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas de ciências de saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisas qualitativas na prática clínica e, explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa, e as políticas de saúde

(MATHEUS, 2009).

A metassíntese é caracterizada pela síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explanações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa (LOPES, FRACOLLI, 2008).

A integração dos dados ultrapassa a soma das partes, uma vez que oferece uma nova interpretação dos resultados, que não pode ser encontrada em nenhum relatório de investigação, mas é inferência derivada de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo (LOPES, FRACOLLI, 2008).

As metassínteses oferecem descrição coerente ou explanação sobre determinado evento ou experiência. Tais integrações interpretativas exigem que o pesquisador capte as sínteses que constituem os resultados de relatórios de pesquisas individuais unidos para alinhar uma ou mais metassínteses. Sua validade não está em uma replicação lógica, mas sim numa lógica integradora, cujas conclusões são acomodadas no artesanato exposto no produto final (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Em 1998, a Fundação Cochrane estabeleceu o *Qualitative Research Methods Working Group* com a finalidade de dar suporte metodológico à inclusão de dados qualitativos em revisões sistemáticas. Deste movimento foram criados vários centros de cooperação internacional, hoje em torno de 10, dos quais podem ser citados o *Sandbar digital Library Project America*, e o *Joanna Briggs Institute Royal Adelaide Hospital* (PEARSON *et al*, 2007).

Para a elaboração da metassíntese a *UK Cochrane Centre Oxford* estabelece seis etapas, descritas a seguir (FRANCIS-BALDESARI, 2006).

1. Identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa. O objetivo é o primeiro passo para fazer uma revisão sistemática e decorre da questão que vai nortear o estudo, sendo necessário, por isso, que seja bem específica. Já, o interesse intelectual fundamenta-se na relevância e na necessidade de integrar os dados dispersos sobre determinado tema.
2. Decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos. Para isso, o pesquisador desenvolve uma exaustiva coleta de dados. É exaustiva, porque dela depende a validade da metassíntese. Decidir o que é relevante requer uma sub etapa de avaliação individual de cada estudo.

3. A leitura dos estudos - nessa fase, os estudos precisam ser lidos e relidos para analisar as metáforas e as interpretações relevantes, elaborando resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o revisor/pesquisador.
4. Determinar como os estudos estão relacionados - ao justapor os resultados dos estudos primários pode ser feita a suposição inicial sobre o relacionamento entre estudos.
5. Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservem o contexto do qual surgiram.
6. Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados.

Os métodos da metassíntese incluem constante comparação, análise taxonômica, tradução recíproca de conceitos *in vivo*, bem como a utilização de conceitos importados para enquadrar dados. A metassíntese qualitativa originou-se da sociologia e pode ser definida como “uma modalidade de estudo qualitativo que utiliza os dados dos achados de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema, ou a temas correlacionados” (LOPES, FRACOLLI, 2008). Assim, a metassíntese precisa sustentar os conceitos de cada estudo, ou seja, o novo conceito precisa ser capaz de incluir os conteúdos nos estudos pesquisados.

Etapas do estudo conforme proposto pelo *UK Cochrane Centre Oxford*

Etapa 1: Identificação do interesse intelectual e objetivo da pesquisa

Esse estudo busca elucidar questões referentes à vida sexual dos estomizados. A escolha desse tema foi amparada nas dificuldades que esses pacientes enfrentam, tanto físicas quanto psicológicas, que refletem em sua sexualidade. Outro aspecto que motivou este estudo foi que na assistência à pessoa estomizada, a sexualidade é uma área pouco explorada pelos profissionais de saúde devido ao desconhecimento pelo tema. Existe, ainda, muita dificuldade em questionar e abordar esse assunto. Também se percebe que, os estomizados ficam constrangidos ao falar sobre a sua vida íntima. Assim, ações específicas para o atendimento dos problemas referentes à área da sexualidade talvez sejam pouco contempladas nos planos terapêuticos.

Para esta pesquisa a questão norteadora elaborada foi: quais são as evidências disponíveis quanto ao uso de estratégias que auxiliam pacientes com estoma para a retomada da sua sexualidade?

Etapa 2: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

A partir das questões norteadoras iniciou-se a busca e a seleção de produções bibliográficas que possam elucidar tais questionamentos. A coleta de dados ocorreu sem restrições quanto ao desenho da pesquisa qualitativa. A busca eletrônica foi realizada nas bases de dados, conforme descrito.

- Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS),
- Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE),
- *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO),
- Base de Dados de Enfermagem (BDENF),
- Coleção SUS
- Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS)
- *The Cochrane Library*

Para essa pesquisa em bases de dados foram utilizados os descritores *controlados*, conhecidos como "títulos de assuntos médicos" ou "descritores de assunto", utilizados para indexação de artigos nas bases de dados (SANTOS, et al., 2007). Os descritores foram extraídos da Base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e apresentados a seguir.

- ***Sexuality*** (sexualidade): funções sexuais, atividades, atitudes e orientações de um indivíduo. A sexualidade, masculina ou feminina, se torna evidente na puberdade sob as influências dos esteróides gonadais (testosterona ou estradiol) e dos efeitos sociais.
- ***Surgical Stomas*** (estomas cirúrgicos): aberturas artificiais criadas pelo cirurgião por razões terapêuticas. Quase sempre se referem a abertura desde o trato gastrointestinal através da parede abdominal até o exterior do corpo. Podem também se referir aos dois extremos de uma anastomose cirúrgica.
- ***Ileostomy*** (ileostomia): criação cirúrgica de um orifício externo no íleo para desvio ou drenagem fecal. A substituição do reto é criada normalmente em pacientes com enteropatias inflamatórias graves. Os procedimentos em alça (continentes) ou tubo (incontinentes) são empregados com maior frequência.
- ***Colostomy*** (colostomia): construção cirúrgica de uma abertura entre o cólon e a superfície do corpo.

Para a inclusão dos estudos foram definidos os seguintes critérios: publicações de estudos qualitativos cuja amostra fosse composta por pessoas com estomas de eliminação intestinal, estomas definitivos ou transitórios, compreendidas no período de 2002 a 2012. Os estudos poderiam ser desenvolvidos em cenário hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, mas atendendo as premissas descritas no PICO. Os estudos deveriam abordar a questão sexualidade do estomizado, avaliando comportamentos, condutas, cuidados ou ações que possam ter impacto sobre a sexualidade do estomizado.

Outros critérios de inclusão considerados foram as publicações em português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas. As publicações deveriam estar disponíveis via *on-line* ou em bases de dados que pudessem ser obtidos por meio do Serviço de Comutação da Biblioteca J. Baeta Viana. Esse último critério fez-se necessário pelo fato da pesquisa não contar com financiamento e ter tempo estabelecido para finalizar.

Os critérios para exclusão foram estudos que incluíssem crianças ou estudos que não explicitassem a questão da sexualidade do estomizado.

A estratégia de busca utilizada nas bases com as respectivas publicações identificadas e selecionadas estão descritas no Quadro 1 e na Figura 1.

QUADRO 1

Estratégia de busca e seleção de publicações nas diversas bases e bancos de dados.

Base	Estratégia de Busca	Publicações	
		Identificadas	Selecionadas
LILACS	(Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas) AND LA: (ES OR PT OR EN)	17	06
IBECS	(Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas) AND LA: (ES OR PT OR EN)	00	00
MEDLINE	(Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas) AND LA:(ES OR PT OR EN)	135	21
COCHRANE	(Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas)	00	00
BDEF	Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas)	08	00
Coleciona SUS	Sexualidade OR Sexuality OR "Comportamento Sexual" OR "Sexual Behavior" OR "Conducta Sexual") AND (Enterostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Ileostomia OR Colostomia OR "Estomas Cirúrgicos" OR Estomia OR Cistostomia OR "Estomas Quirúrgicos" OR "Estomas Quirúrgicos" OR Enterostomy OR "Surgical Stomas" OR Ileostomy OR Colostomy OR "Surgical Stomas" OR Ostomy OR Cystostomy OR estomizado OR ostomizadas)	01	00
TOTAL		161	27

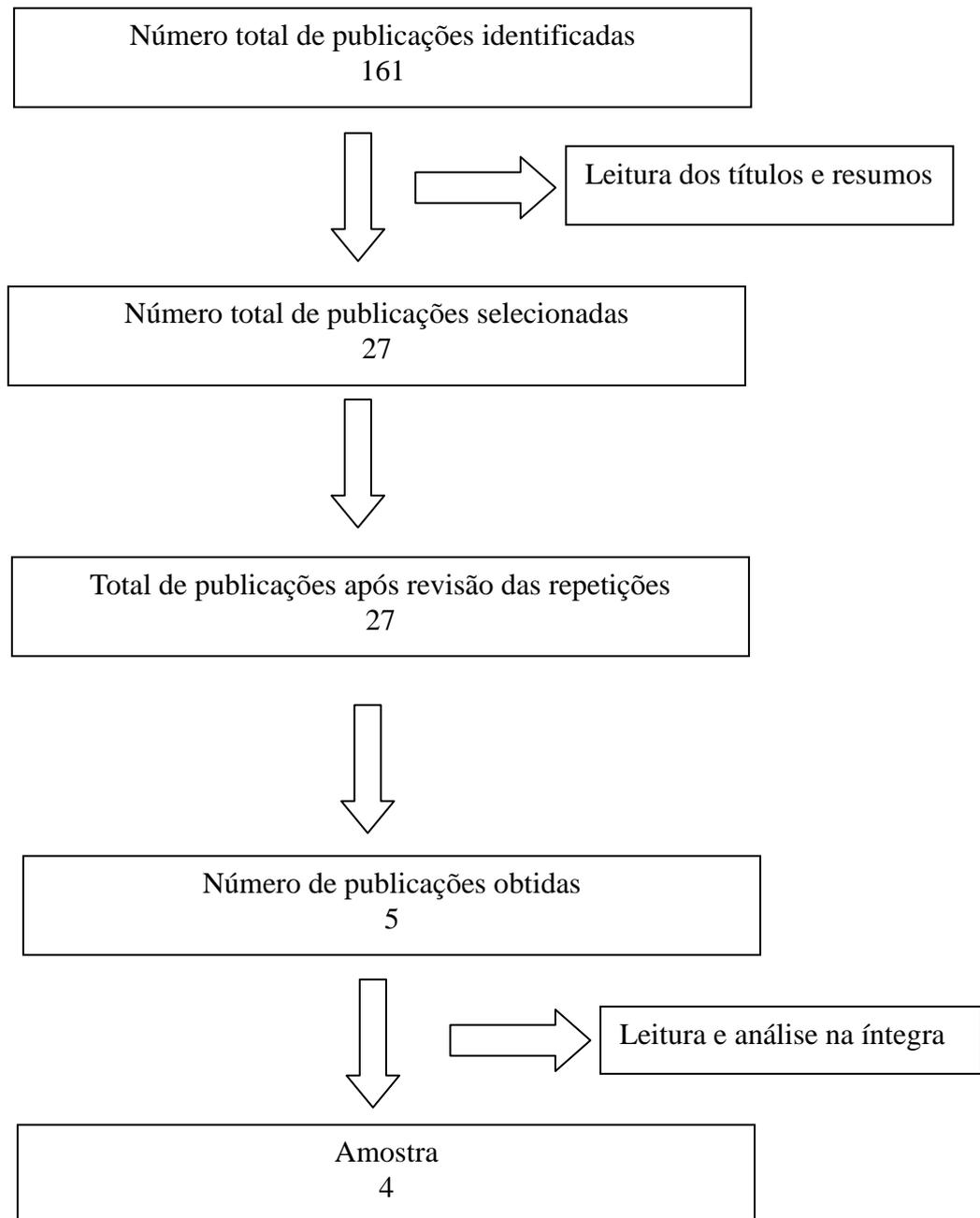


Figura 1: Identificação, seleção de estudos para composição da amostra.

As publicações identificadas resultaram em 161 que foram submetidas à leitura de títulos e resumo. Nessa etapa foram selecionadas 27 publicações que atenderam aos critérios de inclusão, sendo que nenhuma estava presente em mais de uma base de dados, perfazendo um total de 27 publicações.

Desses 27 artigos selecionados, somente 05 foram acessíveis, disponibilizados *on line* e foram impressos em papel. Esses cinco artigos foram submetidos à primeira leitura na

íntegra para verificação se estavam de acordo com os objetivos da pesquisa, um foi excluído e quatro artigos compuseram a amostra do estudo. Houve perda acentuada de artigos uma vez que, a grande maioria não estava disponível *on line*. Os artigos da amostra foram submetidos à segunda leitura na íntegra para análise dos mesmos.

Etapa 3: Leitura dos estudos

Os artigos selecionados foram submetidos à leitura na íntegra e analisados quanto questões estabelecidas. A análise da qualidade dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de qualidade preconizados pelo formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (Milton Keynes Primary Care Trust, 2002) (ANEXO), que traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. O CASP é composto por 10 itens, que permitem classificar os artigos em categorias, de acordo com a estrutura metodológica. Os estudos foram classificados em categorias A e B (ESPINOLA, BLAY, 2006).

Categoria A: Significa que têm baixo risco de viés. Atendem até, pelo menos, nove dos 10 itens propostos. Os critérios adotados são os seguintes: 1) objetivo claro e justificado; 2) desenho metodológico é apropriado aos objetivos; 3) os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; 4) seleção da amostra intencional; 5) coleta de dados descrita, instrumentos explicitados, processo de saturação; 6) a relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; 7) cuidados éticos; 8) análise densa e fundamentada; 9) resultados são apresentados e discutidos, apontam para o aspecto da credibilidade, fazem uso da triangulação; 10) discorrem sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações (ESPINOLA, BLAY, 2006).

Categoria B: Atendem pelo menos cinco dos 10 itens propostos. Significa que atendem parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado (ESPINOLA, BLAY, 2006).

A seguir os artigos foram lidos novamente para extração de dados e preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) que contemplou os seguintes itens: em relação ao artigo (título, ano, volume, número, idioma, tipo de publicação e classificação do estudo), ao pesquisador (número, profissão e qualificação do autor principal), e ao estudo (local da pesquisa, identificação da amostra, referencial teórico, características dos sujeitos da pesquisa, método empregado para a coleta de dados, resultados e conclusão). Avaliou-se respostas sobre as dificuldades apresentadas pelo estomizado na vivência de sua sexualidade e estratégias para auxiliar essa pessoa na retomada de sua sexualidade.

As demais etapas propostas: “determinar como os estudos estão relacionados”, “elaborar novas afirmações” e “elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados” serão apresentadas no item Resultados dessa pesquisa.

6- RESULTADOS

Os estudos da amostra foram codificados com números iniciando da referência mais atual em E1, E2, E3 e E4. Os resultados foram organizados em caracterização das publicações, incluindo informações sobre os autores, sobre a amostra estudada, características metodológicas e categorias referentes ao tema pesquisado.

No Quadro 2 é apresentada a caracterização dos quatro estudos que compuseram a amostra.

QUADRO 2

Caracterização dos estudos da amostra. Belo Horizonte, 2012.

Código do estudo	Título do Estudo	Base de Dados	Ano de publicação	Volume	Número	Título do Periódico	País da realização do estudo
E1	<i>Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies</i>	MEDLINE	2009	49	08	<i>Women Health</i>	Estados Unidos
E2	<i>The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting from Colorectal Cancer</i>	MEDLINE	2009	36	03	<i>Journal Wound Ostomy Continence Nursing</i>	Estados Unidos
E3	Os significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo	LILACS	2009	29	01	Revista Brasileira de Coloproctologia	Brasil
E4	O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva.	LILACS	2006	14	04	Revista Latino Americana de Enfermagem	Brasil

Os estudos foram selecionados nas bases LILACS e MEDLINE, sendo a metade em cada uma. O período de publicação desses estudos variou de 2006 a 2009. O estudo mais antigo (E4) foi publicado em 2006 e os demais (03) em 2009. Destaca-se que nos últimos anos não foram identificadas publicações referentes ao tema.

Quanto ao idioma das publicações e o país onde o estudo foi realizado, constatou-se que uma metade foi publicada em português e realizada no Brasil e outra metade em inglês com a pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos da América. Os dados referentes a autoria da publicação encontram-se no Quadro 3.

QUADRO 3

Caracterização da autoria das publicações da amostra. Belo Horizonte. 2012

Estudo	Nome do primeiro autor	Número de autores	Profissão do Primeiro Autor	Titulação do primeiro autor	Atendimento a pacientes estomizados
E1	Michelle Ramirez	Mais de 4	Professor Assistente do Departamento de Antropologia e Ciências Sociais	Pós-doutorado	Não informado
E2	Andrea Altschuler	Mais de 4	Pesquisadora em Saúde do Trabalhador	Pós-doutorado	Não informado
E3	Maria Ângela Boccara de Paula	03	Enfermeira Estomaterapeuta	Mestrado e doutorado	Não informado
E4	Ana Lúcia da Silva	02	Enfermeira Estomaterapeuta	Mestrado	Não informado

Identificou-se que na metade dos estudos, o primeiro autor era enfermeira estomaterapeuta, sendo que uma era mestre e a outra possuía mestrado e doutorado. Ressalta-se que nos estudos E1 e E2 a profissão desses autores não estava disponível, relatando apenas que o autor de E1 era professor assistente do Departamento de Antropologia e Ciências Sociais e o autor de E2 era pesquisadora em saúde do trabalhador. Em nenhum dos artigos foi informado se os pesquisadores prestavam assistência à pessoa estomizada.

As características das pesquisas dos estudos estão no Quadro 4.

Quadro 4

Características dos sujeitos da amostra, coleta de dados e enfoque teórico dos estudos. Belo Horizonte, 2012

Código do estudo	Objetivo	Caracterização dos sujeitos da amostra					Coleta de dados	Enfoque teórico
		Número e característica	Sexo	Faixa Etária	Tipo de estoma	Tipo de dispositivo em uso		
E1	Analisar questões relativas à imagem corporal, sexo e sexualidade. Discutir como a estomia afetou a intimidade e a sexualidade da estomizada.	30 mulheres estomizadas	Mulheres	Adulto e idoso	Intestinal	Não informado	Entrevista aberta	Fenomenologia
E2	Discutir sobre a influência do apoio dos homens (maridos ou parceiros) no ajustamento psicossocial das mulheres estomizadas devido ao câncer colorretal	30 mulheres estomizadas	Mulheres	Adulto e idoso	Intestinal	Não informado	Entrevista semi-estruturada	Não descrito
E3	Identificar a Representação Social (RS) da pessoa com estoma intestinal sobre a sexualidade.	15 estomizados	Mulheres e homens	Adulto e idoso	Intestinal	Não informado	Entrevista aberta	Representações Sociais (Moscovici)
E4	Identificar e analisar as principais modificações que ocorrem no modo de vida do portador de estomia intestinal definitiva e as principais estratégias desenvolvidas para enfrentar a situação de ser estomizado	10 estomizados	Mulheres e homens	Adulto e idoso	Intestinal	Não informado	Entrevista semi-estruturada	História oral de vida

Todos os estudos analisados foram realizados com estomizados intestinais, adultos e idosos. A amostra variou de 10 a 30 estomizados, sendo que a metade dos estudos contou com mulheres e a outra metade com estomizados de ambos os sexos. Nenhum estudo abordou o tipo de dispositivo utilizado ou o mais indicado.

O enfoque teórico utilizado pelos estudos foi diversificado, incluindo fenomenologia, representações sociais e história oral de vida. Destaca-se que no E2 não foi citado o referencial teórico inclusive a descrição de método não permitiu a sua identificação.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, sendo que metade valeu-se de entrevista semi-estruturada e a outra metade de entrevista aberta.

QUADRO 05

Categoria de análises interpretativas dos estudos. Belo Horizonte, 2012.

Estudo	Classificação CASP	Resultados/categorias de análise interpretativa	Dificuldades frente à sexualidade	Proposta para enfrentamento da sexualidade	Conclusão
E1	A	<p>Da amostra emergiram quatro categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -grupo em que referem não apresentar dificuldades sexuais a longo prazo; -grupo em que possuem dificuldades sexuais a longo prazo; -grupo em as alterações ocorridas na sexualidade são atribuídas à idade; -grupo que não possuíam experiência sexual após a cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispareunia: alterações anatômicas vaginais que impossibilitam relação sexual. - Medo de vazamentos do dispositivo, devido à aversão cultural às fezes. - Falta de informações no pré-operatório sobre as possíveis alterações corporais após a cirurgia. - Sentir-se indesejável devido ao uso de um dispositivo coletor. - Sentir-se sujo e mal cheiroso. - Pressão cultural em manter-se sexualmente ativos. - Não saber lidar com a reação de um potencial parceiro devido à sua condição de estomizado 	<p>Retomar a relação sexual com algumas modificações para o repertório sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnica de gestão do estoma: esvaziar o dispositivo antes da relação sexual; cobrir o dispositivo com diversos itens (toalhas, blusas, vestidos). -Apoio do cônjuge que aceita o corpo reconfigurado pela cirurgia, e faz a estomizada se sentir desejável. -Orquestrar novos níveis de atividades sexuais fontes de prazer como carícias, sexo oral e masturbação. 	<p>Para algumas mulheres conviver com o estoma não representa desafios a longo prazo uma vez que as mesmas conseguem gerenciar técnicas específicas como: Cobrir a bolsa e eleger outra forma de se ter prazer como através de sexo oral e masturbação. A compreensão e o companheirismo do parceiro também auxiliam nessa retomada da sexualidade.</p>
E2	A	<ul style="list-style-type: none"> -Dos 30 participantes, 22 eram casados ou possuíam parceiros no momento da cirurgia e 08 eram solteiras. -Das 22 mulheres casadas ou com parceiro: Subgrupo com apoio positivo dos maridos sendo fundamental para a sua adaptação psicossocial, -Subgrupo com falta de apoio afetando negativamente -Subgrupo em que o apoio não é positivo nem negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de apoio do marido ou do parceiro. 	<p>Apoio tanto instrumental quanto emocional e psicossocial do parceiro ou do marido.</p>	<p>Sugerem que o fornecimento ou a retirada de apoio dos maridos/parceiros pode ter um impacto considerável sobre o ajustamento psicossocial de pacientes do sexo feminino com câncer colorretal e com estomas. Estas descobertas parecem ser tanto a curto como a longo prazo.</p>

QUADRO 05

Categoria de análises interpretativas dos estudos. Belo Horizonte, 2012.

Estudo	Classificação CASP	Resultados/categorias de análise interpretativa	Dificuldades frente à sexualidade	Proposta para enfrentamento da sexualidade	Conclusão
E3	B	Os significados da sexualidade: -sexualidade como necessidade física, emocional e de partilha; -sexualidade como lembranças desagradáveis, a não prática do ato sexual ou negação da sexualidade.	-Ausência de apoio familiar e do parceiro. -Vivência da doença ou situação crônica. -Prévios problemas de relacionamento com comunicação precária. -Exigências sociais, que desencadeiam isolamento e faz com que o estomizado evite pensar na sexualidade, negando-a e colocando-a como dimensão reprimida ou esquecida.	Viver emoções relacionadas à afetividade (paixão, amor), sensações físicas, em resposta à estímulos sensoriais, ou seja, não se limitar ao impulso e ao ato sexual. Viver momentos que geram satisfação, prazer, e bem-estar físico e emocional, desfrutado com outra pessoa. Apoio do parceiro e vínculo com o mesmo.	A qualidade dos relacionamentos apareceu como elemento central do significado atribuído à sexualidade, determinando sistemas de referência para a vivência da mesma no pós-estoma. Faz-se necessário conhecer o significado da sexualidade da pessoa estomizada para prestar ações assistenciais que contribuam para melhorar qualidade de vida e assistência.
E4	A	Da análise, surgiram cinco temas: a experiência de se deparar com os sinais e sintomas da doença e necessidade de realização do estoma; o aprendizado de conviver com o estoma, o equipamento coletor e a busca de alternativas para suprir o uso do equipamento coletor; o enfrentamento das mudanças no modo de alimentar-se, vestir-se e vivenciar a sexualidade; a busca da reinserção social, o desafio de enfrentar a morte e a procura de perspectivas futuras; a busca da rede de apoio: crenças religiosas e espirituais, família e associação dos estomizados.	-Mutilação anatômica dos órgãos sexuais como perda da libido, disfunção erétil, dor, entre outras. -Ausência de um relacionamento sólido, o que leva à solidão e a sentimentos de vergonha e desinteresse sexual. -Rejeição pelo parceiro	Compreensão do parceiro. O ato sexual se torna secundário, ou seja, pode ser substituído por sentimentos como amor, carinho, respeito, companheirismo e até mesmo atividade religiosa.	Os colaboradores evidenciaram que ocorrem modificações significativas no modo de vida a exigirem a busca de diferentes estratégias de enfrentamento das dificuldades. Fica implícito que a assistência à pessoa estomizada continua requerendo esforços dos profissionais, dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade dessa assistência.

A análise da qualidade dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de qualidade preconizados pelo formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), que traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. O CASP é composto por 10 itens e permite classificar os artigos em categorias de acordo com a estrutura metodológica. Com base nisso, a maioria dos estudos (03) foram classificados como A (E1, E2 e E4). O E1 atendeu aos 10 itens descritos pelo CASP, sendo que os E2 e E3 atenderam a 09 itens da CASP perdendo, respectivamente, 01 ponto no item consideração dos temas éticos e 01 ponto no item consideração do relacionamento entre os pesquisadores e participantes. Destaca-se que o E3 foi classificado como B porque atendeu apenas 07 critérios. Esse estudo não recebeu pontuação nos itens 4, 6 e 10 relativos, respectivamente, a estratégia de recrutamento (seleção) apropriada para a pesquisa; relacionamento adequado entre os pesquisadores e participantes; e se a pesquisa é valiosa.

A análise dos estudos possibilitou inferir que, dentre as dificuldades mais recorrentes para a retomada da sexualidade do estomizado encontra-se a ausência de apoio ou rejeição do parceiro, situação citada por três dos quatro artigos. Outro fator dificultador do resgate da sexualidade, recorrente na pesquisa, é a ausência de um relacionamento sólido: relacionamentos que apresentavam problemas prévios à doença ou cirurgia, com comunicação precária desencadeiam a solidão, sentimentos de vergonha e ao desinteresse sexual do estomizado. As alterações anatômicas vaginais ou mutilações dos órgãos sexuais e a vivência da doença ou situação crônica são situações recorrentes, demonstrando a dificuldade da relação sexual devido à perda da libido, disfunção erétil, dispareunia, dor, entre outras.

O E2 sugere que o fornecimento ou a retirada de apoio dos maridos/ parceiros pode ter um impacto considerável sobre o ajustamento psicossocial de pacientes do sexo feminino com câncer colorretal e com estoma. Estas descobertas parecem ser tanto a curto como a longo prazo.

Outros aspectos recorrentes nos artigos como dificultadores para reabilitação sexual do estomizado são: medo de vazamentos do dispositivo justificado pela aversão cultural da sociedade às fezes; falta de informações no pré-operatório sobre as possíveis alterações corporais após a cirurgia; sentir-se indesejável devido ao uso de um dispositivo coletor de fezes; sentir-se sujo e mal cheiroso; pressão cultural em manterem-se sexualmente ativos; não saber lidar com a reação de um potencial parceiro devido à sua condição de estomizado; e as exigências sociais, que desencadeiam isolamento do estomizado e faz com que o mesmo evite pensar na sexualidade, negando-a e colocando-a como dimensão reprimida ou esquecida.

A análise dos estudos permitiu ainda estabelecer as categorias mais recorrentes relacionadas às propostas de enfrentamento da sexualidade. Dentre essas, emergente em todos os estudos analisados, destaca-se o vínculo e o apoio do cônjuge ou parceiro, que aceita o corpo reconfigurado pela cirurgia, e faz com que o estomizado sinta-se desejável proporcionando apoio emocional e psicossocial. Em muitas situações o ato sexual torna-se secundário podendo ser substituído por sentimentos como amor, carinho, respeito, companheirismo e até mesmo atividade religiosa. Os estudos desvelam que a sexualidade possa ser compreendida por viver emoções relacionadas à afetividade (paixão, amor), sensações físicas, em resposta à estímulos sensoriais, ou seja, não se limitar ao impulso e ao ato sexual, ou seja, viver momentos que geram satisfação, prazer, e bem-estar físico e emocional, desfrutado com outra pessoa.

Além disso, no E1 relata como estratégia de enfrentamento da sexualidade a retomada da relação sexual com algumas modificações para o repertório sexual, com utilização de técnica de gestão do estoma, tais como esvaziar o dispositivo antes da relação sexual; cobrir o dispositivo com diversos itens (toalhas, blusas, vestidos). A técnica de esconder o dispositivo tem a função de prevenir acidentes e escondê-la devido à sua própria repulsa ou do parceiro, já que existe uma aversão cultural às fezes e isso se torna incoerente com a excitação e com o desejo. Essas várias técnicas empregadas para esconder e gerenciar essa condição de ser estomizada, não só traduz a adaptabilidade e a criatividade dessas mulheres, mas também reflete a delicadeza e estética em relação aos seus corpos reconfigurados para retomarem sua sexualidade. No entanto, essas mulheres relatam que intervenções educativas em momentos oportunos antes da cirurgia, durante o tratamento e no pós operatório minimizaria angústias e sofrimentos. Dessa forma, sugerem que o estomizado deve orquestrar novos níveis de atividades sexuais fontes de prazer como: carícias, sexo oral e masturbação.

A análise das categorias de análise permitiu ainda, afirmar também que algumas mulheres estomizadas atribuem a retomada da sexualidade devido ao apoio dos cônjuges que as fazem sentirem-se desejáveis mesmo com o corpo alterado pela cirurgia.

No E3, os significados atribuídos à sexualidade enfatizam que o vínculo com o parceiro é fortalecido com o diálogo, que aliado ao respeito e ao carinho mútuo, compõem um caminho fundamental para a busca do equilíbrio conjugal, sexual e do prazer partilhado, propiciando um relacionamento íntimo prazeroso e, a satisfação de necessidades físicas e emocionais, mesmo com a presença do estoma no corpo, no cotidiano, na vida.

Os resultados obtidos por meio da análise dos estudos sugerem que o apoio dos maridos ou parceiros tem um impacto considerável sobre o ajustamento psicossocial de

pacientes do sexo feminino estomizadas. Estas descobertas parecem ser tanto a curto como a longo prazo.

O E1 conclui que para algumas mulheres conviver com o estoma não representa desafios a longo prazo uma vez que as mesmas conseguem gerenciar técnicas específicas para vivenciar sua sexualidade. Fator que aliado à compreensão e do companheirismo do parceiro também auxiliam nessa retomada da sexualidade. No E3 a qualidade dos relacionamentos apareceu como elemento central do significado atribuído à sexualidade, determinando sistemas de referência para a vivência da mesma no pós-estoma. Faz-se necessário conhecer o significado da sexualidade da pessoa estomizada para prestar ações assistenciais que contribuam para melhorar qualidade de vida e assistência. E o E4 conclui que as modificações significativas que ocorrem no modo de vida do estomizado exigem dos mesmos a busca de diferentes estratégias de enfrentamento das dificuldades. Fica implícito que a assistência à pessoa estomizada continua requerendo esforços dos profissionais, dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade dessa assistência.

7- DISCUSSÃO

Os estomas intestinais têm, basicamente, cinco indicações bem definidas: desviar o trânsito intestinal em casos de traumas anorretais importantes ou em lesões inflamatórias importantes; obstrução intestinal baixa, descompressão do cólon; tumores do reto, quando é necessária a amputação do reto e colostomia terminal definitiva; proteção de anastomoses colorretais após ressecções. E por último, as retites actínicas com estenose retal ou fístulas retovaginais (BECHARA *et al.*, 2005).

O estomizado ao se deparar com o estoma no pós-operatório, passa a lidar com uma nova realidade, quando são suscitados vários sentimentos, reações e comportamentos, diferentes e individuais. O impacto da presença do estoma determina uma alteração da imagem corporal, e ocorrem diversas reações a sua nova realidade, dependendo das características individuais e dos suportes sociais encontrados por ele, além da percepção da perda vivida pelo paciente (SONOBE *et al.*, 2002). Essas alterações foram desveladas nesse estudo de metassíntese.

Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada (SONOBE *et al.*, 2002). Constatou-se que esse conceito tem relação com os fatores dificultadores relacionados com a sexualidade do estomizado e estratégias assumidas para minimizá-los ou saná-los.

Um estoma acarreta alteração física significativa do corpo, podendo transformá-lo num corpo privado de sua integridade, dinamismo e autonomia, causando conflitos e desequilíbrios interiores. Altera as relações com o mundo exterior, inclusive no que se refere à vivência de sua sexualidade, uma vez que o mesmo modifica a imagem corporal. Esta condição vivida pode levar ao isolamento psicológico e social, interferindo nos relacionamentos: familiar, com amigos, no trabalho e sexual. As relações, quase sempre, são permeadas por sentimentos negativos, como a ansiedade, o medo e as dúvidas. A insatisfação com o corpo alterado e com a perda de controle da eliminação de gases e fezes acarreta diminuição da auto-estima e sentimentos de auto-exclusão (PAULA *et al.*, 2009).

A metassíntese identificou que as dificuldades mais recorrentes para a retomada da sexualidade do estomizado são ausência de apoio ou rejeição do parceiro e ausência de um relacionamento sólido prévio a cirurgia. Esses dados são corroborados por Freitas, Pelá (2000) ao afirmar que relacionamento positivo no pré-operatório é o “alicerce da casa”, se o conflito já existe, com a cirurgia o conflito tende a aumentar, gerando angústia e insegurança

no pós operatório. A qualidade do relacionamento entre os parceiros, antes da cirurgia determina o pós operatório (FREITAS, PELÁ, 2000).

Outro aspecto a ser considerado é quando a pessoa passa a referir-se ao estoma ou dispositivo coletor por meio de palavras substitutivas, o que sugere uma tentativa de minimizar ou distanciar a sua condição de estomizado ou do seu sofrimento. Essa nova situação rompe com os seus esquemas anteriores e fazem o paciente sentir-se diferente dos outros indivíduos de seu grupo. A adaptação à condição de estomizado e uso do dispositivo coletor é um processo longo e contínuo e está relacionado à doença de base, ao grau de incapacidade, dos valores e o tipo de personalidade individual. Destaca-se que a metassíntese não discorreu sobre o tipo de dispositivo usado pelos estomizados e sua influência sobre a sexualidade, uma vez que esses dados não estavam presentes nos estudos primários.

Identificam-se como estratégia de enfrentamento passiva utilizada pelos estomizados a resignação, revolta, encobrimento e isolamento social. O uso do dispositivo coletor representa a mutilação sofrida, apresentando uma relação direta com a perda da capacidade produtiva da pessoa. Muitas vezes, a pessoa estomizada incorpora o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação. Por outro lado, há estomizados que consideram o uso do dispositivo como solução do seu problema de saúde. E para outros, a experiência de ser estomizado está associada à percepção de resolução da doença, minimização do sofrimento, demonstrando adaptação favorável a sua condição e tendo otimismo sobre o seu estado de recuperação (CASCAIS *et al.*, 2007).

A insatisfação e suas repercussões, quando identificadas, valorizadas e trabalhadas, por profissionais especializados, podem ajudar a pessoa e parceiro na adaptação às novas condições, na busca de novas estratégias de enfrentamento inclusive para uma vida sexual ativa e prazerosa, auxiliando nos processos de adaptação e reabilitação (PAULA *et al.*, 2009).

A metassíntese obteve como categoria de análise recorrente, relacionada a caminhos percorridos para a retomada da sexualidade, o vínculo e o apoio do cônjuge ou parceiro, que aceita o corpo reconfigurado pela cirurgia, e faz com que o estomizado sintá-se desejável proporcionando apoio emocional e psicossocial.

Na literatura especializada, há duas formas freqüentes de abordar o problema da sexualidade do estomizado: ou o sexo é considerado como unidade de referência, pesquisando-se, então, a freqüência em que ocorreu nos últimos meses ou semanas, ou, ao contrário, parte-se do levantamento das inibições gerais na vida do estomizado e a inibição da atividade sexual aparece como um sintoma. Ao se considerar o sexo como unidade,

perguntando pelas suas determinações, arrisca-se a ignorar importantes diferenças qualitativas do relacionamento anterior à cirurgia com o parceiro sexual ou o cônjuge. E, o que é pior, alguns pacientes só percebem que a qualidade do relacionamento não é boa após a cirurgia (LUCIA, 2005).

A sexualidade, no entanto, é uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura (CASTRO *et al.*, 2004).

Ressalta-se que as relações afetivas e sexuais são pautadas em significados, influências culturais e, portanto, determinadas por padrões de gênero, sociais, econômicos e culturais regionais. A presença do estoma intestinal somada ao contexto e exigências sociais pode representar grande carga emocional para a pessoa, que por vezes, sem vislumbrar alternativas se esconde, se isola e evita até mesmo pensar sobre a sexualidade, negando-a ou colocando-a de lado como dimensão esquecida ou reprimida. Um tópico de fundamental relevância são relacionamentos pessoais com problemas, nos quais a situação de adoecimento e o estoma favorecem ou determinam o afastamento ou a interrupção da vivência da sexualidade pelos parceiros, que não a retomam sob a alegação socialmente aceita de que uma pessoa “doente” não deve praticar sexo, podendo significar um grande alívio para alguns (PAULA *et al.*, 2009).

Compartilhar o diagnóstico com o parceiro constitui um passo importante para auxiliar no processo de reabilitação da pessoa estomizada, pois possibilita a expressão das ansiedades e inseguranças, além da chance de solicitar e receber apoio emocional, amor, empatia, cuidados, ajudando no enfrentamento da situação e influenciando favoravelmente o seu estado de saúde. É importante que o parceiro seja envolvido no plano assistencial da pessoa estomizada desde a fase pré-operatória para o sucesso do seu processo de adaptação ao estoma. O apoio da família e do parceiro é essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas frente à nova situação, tornando mais fácil e rápido o processo de recuperação pós-operatória, adaptação e retorno às atividades da vida diária, inclusive quanto à vivência da sexualidade (PAULA *et al.*, 2009).

Ressalta-se que a sexualidade do estomizado sofre mais o impacto da baixa auto-estima do que por uma limitação física. Esta alteração parece estar associada à imagem corporal, ansiedade e medos e às idéias preconcebidas acerca da sexualidade, principalmente pela não aceitação ou pela falta de apoio do parceiro. O fato de ser estomizado, não significa que a sua sexualidade foi anulada. O casal pode, por si só, implementar estratégias no sentido de se adaptarem de forma criativa e construtiva à nova realidade. Verifica-se que, com o passar do tempo, o estomizado percebe que é possível adaptar-se a sua nova condição e mobiliza suas forças no sentido de reconstruir-se e recomeça a realizar atividades que antes lhe eram comuns. (FARIAS *et al.*, 2004)

Outra categoria de análise referente à estratégia para a retomada da sexualidade pelo estomizado desvelou a necessidade de profissionais sensíveis e engajados com os problemas dessa clientela. Esse fato corrobora a necessidade de uma equipe de saúde que deve estar preparada para prestar uma assistência qualificada ao estomizado e seu parceiro, visando não somente os aspectos biomédicos, e o autocuidado, mas sim os aspectos subjetivos como a retomada da sexualidade. A orientação para o casal em usar práticas alternativas é de suma importância, uma vez que a satisfação do parceiro, utilizando modos alternativos pode ser satisfatória para ambos e permite que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses casais. Possibilita ainda que, o estomizado continue a se sentir atraente (FREITAS, PELÁ, 2000).

Outro fator decisivo relacionado ao suporte social encontrado pelo estomizado é a estrutura de atendimento destinada a ele. A existência de programas de assistência ao estomizados é um avanço, porém não assegura a eficácia da assistência. Reconhece-se que muitos desses programas têm como atividade apenas a distribuição de dispositivos, descaracterizando a sua proposta inicial. É necessária a atuação de profissionais que possam atender às necessidades dos estomizados. Além disso, é indispensável a integração dos diferentes níveis de atendimento à saúde. Os objetivos deverão ser definidos e delimitados segundo a complexidade de intervenções envolvida, porém com atuação conjunta dos profissionais destas esferas, permitindo a adequação de ações no momento vivido pelo estomizado (SONOBE *et al.*, 2002).

É relevante destacar ainda que os estomizados devem buscar uma rede de apoio que é extremamente importante para enfrentar as diversas dificuldades. Além do amparo da família e do parceiro que oferecem apoio, carinho e atenção em todas as fases da doença, destaca-se o papel das Associações dos Ostomizados, local onde eles se sintam normais, capazes de

manifestarem seus sentimentos reprimidos, trocar experiências e encontrar soluções para seus problemas (SILVA, SHIMIZU, 2006).

Os serviços e os profissionais de saúde, por meio de um adequado planejamento da assistência que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, podem ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa, contribuindo assim para a melhoria significativa da qualidade de vida destas pessoas (CASCAIS *et al.*, 2007).

Considerando essas idéias, percebe-se a necessidade de maior investimento pelos profissionais de saúde, não somente em conhecimentos técnicos e teóricos, mas um maior empenho em aprofundar a sua compreensão sobre a experiência do estomizado. O desafio é conseguir traduzir essa experiência para o planejamento da assistência, que impliquem em intervenções que realmente possam atender às verdadeiras necessidades do usuário (SONOBE *et al.*, 2002).

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estomizado se depara com diversas alterações em seu processo de viver, que vão desde a alteração da fisiologia, da autoestima à alteração da imagem corporal. O apoio do parceiro apareceu como elemento central do significado atribuído à sexualidade do estomizado. Diante disso, a qualidade dos relacionamentos é essencial para a retomada da sexualidade. Pessoas com relacionamentos estáveis a percebiam de forma positiva, como necessidade física e emocional a ser partilhada, e aquelas em que os relacionamentos apresentavam problemas prévios à confecção do estoma atribuíram significados negativos, negando ou evitando-a.

Face ao exposto, verifica-se que tanto o estomizado quanto o seu parceiro sexual necessitam de informações a respeito de sua sexualidade. Isso se faz necessário, pois os padrões de adaptação apresentados pelos estomizados estão ligados ao parceiro sexual, peça central nesse processo. O parceiro pode contribuir tanto para o sucesso como o fracasso, levando o paciente a adaptar-se à situação atual.

No entanto, o que se percebe é que a sexualidade de pessoas estomizadas, é ainda uma dimensão pouco discutida pelos profissionais de saúde, no processo de reabilitação. Entretanto, a expressão e vivência da sexualidade são aspectos frequentemente alterados após a confecção do estoma, sendo possível que algumas pessoas não retomem suas atividades sexuais, sentindo-se pouco à vontade para o exercício da sexualidade.

Diante disso, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos às reações destas pessoas, tendo em consideração todas estas especificidades na prestação de cuidados de saúde. Torna-se necessário enfatizar que o apoio encontrado na família, em pessoas com vínculos próximos e na estrutura de atendimento profissional às pessoas estomizadas são essenciais para uma reabilitação mais rápida e eficaz. Com o passar do tempo, o estomizado desenvolve estratégias de enfrentamento com as quais passa a lidar em relação aos problemas ou às alterações cotidianas ocorridas em função do estoma.

Essas constatações reforçam a importância dos profissionais de saúde no processo reabilitatório desse estomizado e dessa forma necessitam de preparo para intervir junto à integridade geral e sexual do casal, com capacitação específica no sentido de atender aos questionamentos concernentes à sexualidade dos estomizados. Além disso, é necessário que esses profissionais não restrinjam os cuidados apenas à entrega de dispositivos e ao ensino do autocuidado com o dispositivo coletor e estoma. Mas sim, realizem a integração da pessoa

estomizada: sua reabilitação, incentivando-a a ter uma vida ativa, mesmo com limitações. Para atuar nessa área, é necessário que o profissional de saúde identifique suas limitações e capacidades, e repense suas atitudes, crenças, valores, conhecimentos e maneira de ser.

Isso permite ampliar o foco de atuação dos profissionais de saúde, com a compreensão de sua subjetividade e a inclusão da sexualidade no leque de orientações de rotina no atendimento do estomizado. Dessa forma, o profissional pode elaborar um plano de cuidados específico e individual, de maneira que possa ajudar o casal na resolução de seus problemas, com inclusão de alternativas para vivência da sexualidade, proporcionando assim um nível positivo de adaptação com uma melhor aceitação das alterações causadas pelo estoma e uma melhor qualidade de vida.

Ressalta-se que constitui um desafio para todos os envolvidos no processo cuidar do estomizado na busca por uma melhoria nas condições de atendimento. É também, necessário criar políticas voltadas para a valorização do estomizado com a inclusão de informações à população a respeito de suas condições, necessidades e suporte social, bem como divulgar e fortalecer a legislação existente.

REFERÊNCIAS DA METASSÍNTESE

- E1** RAMIREZ, M., *et. al.* Figuring Ou sex ina Reconfigured Body: Experience of Female Corectal Cancer Survevous with ostomies. **Women Health**, v. 49, n. 8, p. 608–624, 2009
- E2** ALTSCHULER, A., *et. al.* The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting fromColorectal. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** v.36, n.3, p. 299–305, 2009
- E3** PAULA MAB; TAKAHASHI RF; PAULA PR. Os Significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo. **Rev bras Coloproct**, v. 29, n.1, p. 077-082, 2009.
- E4** SILVA AL, SHIMIZU HE. O significado da Mudança no Modo de Vida da Pessoa com Estomia Intestinal Definitiva. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, v.14, n.4, p.483-90. 2006.

REFERÊNCIAS

- BECHARA, R.N., *et.al.* Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. **Rev bras Coloproct**, v.25, n.2, p. 146-149, 2005.
- CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O Impacto da Ostomia no Processo de Viver Humano. **Revista Texto e Contexto – Enferm**, v.16, n.1, p.163-7, 2007
- CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 406p. 2004.
- CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.415-22. maio-junho, 2005.
- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO M.C.; TAKAHASHI R.F.; BERTOLOZZI M.R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.
- ESPINOLA, C.R.; BLAY, S. L. Bulimia e compulsão alimentar periódica. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n.3, p. 265-75, 2006.
- FARIAS, D. H. R.; GOMES, G. C.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. *Cogitare Enfermagem*, v. 9, n.1, p. 25-32, 2004.
- FRANCIS-BALDESARI C. Systematic reviews of qualitative literature. 2006. Acesso em 15/08/2012. Disponível em: http://www.dcu.ie/cochrane/presentations/FrancisBaldesari_06.pdf
- FREITAS, M.R.I.de; PELÁ, N.T.R. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 28-33, 2000.
- GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p. 549-56, 2004.
- GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v.1, n.2, p.5-19, 2006.
- HABR-GAMA A., ARAÚJO S.E.A. Estomas Intestinais: **Aspectos Conceituais e Técnicos**. In: SANTOS VLCG, CESARETTI IUR. Assistência em Estomaterapia. São Paulo: Atheneu, p.39-54, 2005.
- LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p. 771-778. 2008.
- LUCIA, M.C.S. **Sexualidade do Ostomizado**. In: SANTOS VLCG, CESARETTI IUR. Assistência em Estomaterapia. São Paulo: Atheneu, p.335-353. 2005

MARTINS, V.V., et al. Sexualidade, Estoma e Gênero: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Estima**, v. 9, n. 1, p. 39-46, 2011.

MATHEUS M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n. Especial-Nefrologia, p. 543-5. 2009

MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods. **Beverly Hills: Sage**, 263p. 1984.

Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence. London: Oxford; 2002.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Editora Hucitec**. 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Brasília (D.F.): Ministério da Saúde, 2011.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M. JATENE, F.B. a prática clínica baseada em evidências. **Rev Assoc Med Bras.**, v.49, n.4, p. 445-9, 2003.

PEARSON A, FIELD J, JORDAN Z. Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research, experience and expertise. **Oxford: Blackwell**; 2007.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, v.15, n.2, p. 276- 283, 2007.

SANTOS CMC, PIMENTA CAM, NOBRE MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino am Enfermagem**, v.15, n. 3, p. 508-11. 2007

SANTOS, V. L. C. G; PAULA, C. A. D; SECOLI, S. R. Estomizado adulto no município de São Paulo: um estudo sobre o custo de equipamentos especializados. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.249-55, 2008.

SILVA AL, SHIMIZU HE. A relevância da Rede de Apoio ao Estomizado. **Rev. Bras. Enferm**, v. 60, n. 30711, 2007;

SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E; ZAGO, M.M.F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n.3, p. 341-348, 2002

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-14, 2005.

ANEXO
Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

<p>1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa? Considerar: Qual o objetivo da pesquisa Por que é importante Sua relevância</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>2. A metodologia qualitativa é apropriada? Considerar: Se a pesquisa procura interpretar ou iluminar as ações e/ou experiências subjetivas dos participantes da pesquisa.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
Vale a pena continuar?	
<p>3. O modelo da pesquisa foi apropriado para alcançar os objetivos da pesquisa? Considerar Se o pesquisador tem justificado o modelo da pesquisa (ex: discutiu como eles decidiram, quais métodos usar?)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>4. A estratégia de recrutamento (seleção) foi apropriada para os objetivos da pesquisa? Considerar: Se o pesquisador explicou como os participantes foram selecionados Se eles explicaram por que os participantes que eles selecionaram foram os mais apropriados para prover acesso ao tipo de conhecimento procurado pelo estudo Se há discussões sobre o recrutamento (seleção) (ex: por que algumas pessoas não querem tomar parte)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>5. A informação coletada foi de uma maneira que alcançasse o assunto da pesquisa? Considerar: Se o local da coleta da informação foi justificada Se está claro como a informação foi coletada (ex: grupo focal, entrevista semi-estruturada etc.) Se o pesquisador justificou os métodos escolhidos Se o pesquisador tem feito os métodos explícitos (ex: para o método da entrevista, há uma indicação de como as entrevistas foram conduzidas, eles usaram um guia tema?) Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se a resposta for sim, o pesquisador explicou como e por quê? Se a forma dos dados está clara (ex: gravações, material de vídeo, anotações etc.) Se o pesquisador tem discutido a saturação dos dados.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>6. O relacionamento entre pesquisadores e participantes tem sido considerado adequadamente? Considerar se está claro: Se o pesquisador examinou criticamente seu próprio papel, potencial e influência durante: * formulação das perguntas de pesquisa; * coleta de dados, incluindo amostra de seleção e local da escolha Como o pesquisador respondeu aos eventos durante o estudo e se eles consideraram as implicações de alguma mudança no modelo de pesquisa</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>7. Os temas éticos têm sido levados em consideração? Considerar: Se há detalhes suficientes de como a pesquisa foi explicada aos participantes para o leitor acessar se os padrões éticos foram mantidos Se o pesquisador tem discutido temas que surgidos pelo estudo (ex: temas sobre o consentimento informado ou confidencialidade ou como eles têm lidado com os efeitos do estudo nos participantes durante e depois do estudo) Se a aprovação foi solicitada ao Comitê de Ética</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>8. A análise dos dados foi suficientemente rigorosa? Considerar: Se há uma análise profunda do processo de análise Se a análise temática é usada. Caso sim, está claro como as categorias/temas foram obtidas dos dados? Se o pesquisador explica como os dados apresentados foram selecionados da amostra original para demonstrar o processo de análise Se dados suficientes são apresentados para apoiar os achados Até que extensão os dados contraditórios foram levados em conta Se o pesquisador examinou criticamente seu papel, potencial e influência durante a análise e seleção dos dados para a apresentação</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>

<p>9. Há uma clara declaração dos achados? Considerar: Se os achados são explícitos Se há discussão adequada da evidência no que diz respeito aos argumentos do pesquisador a favor e contra Se o pesquisador tem discutido a credibilidade de seus achados (ex: triangulação, validação respondente, mais de um analista) Se os achados são discutidos em relação às perguntas da pesquisa original</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>10. Quanto valiosa é a pesquisa? Considerar: Se o pesquisador discute a contribuição que o estudo faz para o conhecimento existente ou compreensão (ex: eles consideram os achados em relação à prática atual ou política, ou em relação à relevância dessa pesquisa-base na literatura?) Se eles identificam novas áreas onde a pesquisa é necessária Se os pesquisadores têm discutido se ou como os achados podem ser transferidos para outras populações ou considerados outras maneiras pela qual a pesquisa pode ser usada</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Resultado da avaliação: categoria A = atendeu pelo menos nove dos dez itens propostos B = atendeu pelo menos cinco dos dez itens propostos</p>	<p><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B</p>

Fonte: Public Health Resource Unit, National Health Service and Institute of Health Sciences, Oxford.
(<http://www.public-health.org.uk/casp/rct.html>)

APÊNDICE
Instrumento de Coleta de Dados

Publicação

Código do Artigo	
Base de dados	1 <input type="checkbox"/> SCIELO 2 <input type="checkbox"/> MEDLINE 3 <input type="checkbox"/> COCHARANE 4 <input type="checkbox"/> LILACS 5 <input type="checkbox"/> BDNF
Título do periódico	
Volume /número periódico	1-volume: _____ 2 Número _____
Título do artigo	
Ano de publicação	
Idioma	1 <input type="checkbox"/> Inglês 2 <input type="checkbox"/> Espanhol 3 <input type="checkbox"/> Português
Número de autores da pesquisa	1 <input type="checkbox"/> 01 Autor 2 <input type="checkbox"/> 02 Autores 3 <input type="checkbox"/> 03 Autores 4 <input type="checkbox"/> 04 Autores 5 <input type="checkbox"/> mais de 04 Autores
Nome dos autores	
Profissão do primeiro autor	1 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro Estomaterapeuta 3 <input type="checkbox"/> Médico 4 <input type="checkbox"/> Coloproctologista 5 <input type="checkbox"/> Psicólogo 6 <input type="checkbox"/> Assistente social 7 <input type="checkbox"/> Outro: _____ 8 <input type="checkbox"/> Não informado
Titulação do primeiro autor	1 <input type="checkbox"/> Graduando 2 <input type="checkbox"/> Especialista 3 <input type="checkbox"/> Mestre 4 <input type="checkbox"/> Doutor 5 <input type="checkbox"/> Pós-doutor 6 <input type="checkbox"/> Não informado
Um dos autores presta assistência ao estomizado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não informado

Pesquisa

Nível de Qualidade do estudo conforme CASP	1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B
País onde foi realizada	
Objetivo(s)	
Caracterização dos participantes	Número:
	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Homens 2 <input type="checkbox"/> Mulheres 3 <input type="checkbox"/> Ambos os sexos
	Faixa etária: 1 <input type="checkbox"/> Adultos 2 <input type="checkbox"/> Idosos 3 <input type="checkbox"/> Ambos os grupos 4 <input type="checkbox"/> Sem informação
	Característica: 1 <input type="checkbox"/> estomizado 2 <input type="checkbox"/> parceiro(a) do estomizado 3 <input type="checkbox"/> Ambos
	Tipo de estoma: 1 <input type="checkbox"/> Estomas intestinais 2 <input type="checkbox"/> Estomas urinários 3 <input type="checkbox"/> Colostomia Úmida 4 <input type="checkbox"/> Estomas intestinais e urinários 5 <input type="checkbox"/> Vários tipos 5 <input type="checkbox"/> Não informado
	Tipo de dispositivo usado pelo estomizado: 1 <input type="checkbox"/> uma peça drenável 2 <input type="checkbox"/> duas peças drenável 3 <input type="checkbox"/> uma peça fechada 2 <input type="checkbox"/> duas peças fechada 5 <input type="checkbox"/> Não informado
Coleta de dados	1 <input type="checkbox"/> entrevista aberta 2 <input type="checkbox"/> Entrevista semi- estruturada 3 <input type="checkbox"/> Oficinas 4 <input type="checkbox"/> Grupo focal 5 <input type="checkbox"/> Dinâmica de grupo 6 <input type="checkbox"/> Outro _____
Enfoque teórico	1 <input type="checkbox"/> Representações Sociais (Moscovici) 2 <input type="checkbox"/> Etnografia 3 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Schutz) 4 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Merleau Ponty) 5 <input type="checkbox"/> Fenomenologia (Heidegger) 6 <input type="checkbox"/> Outro: _____
Resultados/categorias de análise interpretativa	
Dificuldades frente à sexualidade	
Proposta para enfrentamento das dificuldades	