



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ANA PATRÍCIA DE CERQUEIRA GRECO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM ESTOMAS INTESTINAIS  
PERMANENTES EM RELAÇÃO À SUA REINserÇÃO SOCIAL**

**SALVADOR  
2005**

**ANA PATRÍCIA DE CERQUEIRA GRECO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM ESTOMAS INTESTINAIS  
PERMANENTES EM RELAÇÃO À SUA REINserÇÃO SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós Graduação em Enfermagem  
como requisito para obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem na Área de Concentração  
Cuidar em Enfermagem.

**Orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Dora Sadigursky**

**SALVADOR  
2005**

G791 GRECO, Ana Patrícia de Cerqueira

Representações sociais de pessoas com estomas intestinais permanentes em relação a sua reinserção social/Ana Patrícia de Cerqueira Greco. Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA, 2005.

95f.

Orientadora: Profa. Dra. Dora Sadigursky

Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da UFBA,2005.

1.Estomas intestinais 2. Estomizado permanente reinserção social. 3. Representações sociais. I.Título.

CDU 616.3

**Ana Patrícia de Cerqueira Greco**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS COM ESTOMAS INTESTINAIS  
PERMANENTES EM RELAÇÃO À SUA  
REINSERÇÃO SOCIAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área  
de concentração Cuidar em Enfermagem.**

**Aprovada em 16 de dezembro de 2004**

**BANCA EXAMINADORA**

**Dora Sadigursky** \_\_\_\_\_  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos** \_\_\_\_\_  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo**

**Mirian Santos Paiva** \_\_\_\_\_  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**José Lucimar Tavares** \_\_\_\_\_  
**Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia**

**À minha mãe Dina,**

“Desde a infância trago no peito a certeza desse amor incondicional, que sempre me foi demonstrado de várias formas...

Muitas vezes, incompreensíveis aos meus olhos, nos momentos de proibições, reclamações e noites mal dormidas aguardando meu retorno...

Com o tempo, compreendi o valor do seu amor em minha vida, consegui enxergar que, nos momentos alegres ou tristes, suas mãos sempre estiveram estendidas, numa prova de amor eterno...

Fez das minhas lágrimas, sua tristeza; do meu sorriso, sua alegria; da minha vida, a realização de um sonho. E me ensinou a aceitar derrotas com a cabeça erguida.

Hoje, não é tarde para dizer que agradeço por cada gesto de afeto. Cada olhar de atenção, cada carinho, abraço, cada palavra que me ensinou, e a conhecer o essencial: o amor!”

Hoje, não é tarde para agradecer a quem tudo me deu, tudo me ensinou e a quem tudo devo. Mulher guerreira e batalhadora... um verdadeiro exemplo de coragem e vida.

Assim é você: o meu grande presente de Deus.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A Deus, pelas oportunidades que recebi e a bênção eterna.

Ao meu pai Gil (in memorian), que, guardado no coração, se faz presente em toda a minha vida.

Ao meu Amor, Amigo e Companheiro de todas as horas, Greco Jr., que me incentivou, ajudou e muito colaborou para o alcance desse sonho, não deixando que, em nenhum momento, eu esquecesse de perseguir meu ideal. A você, minha eterna gratidão e todo meu amor.

Ao meu filho Guilherme, exemplo de Vida, Simplicidade, Sonho, Realidade... Amor, que me faz aprender, a cada dia, a ser tolerante e paciente, a quem só peço desculpas pela ausência. Mesmo criança, sempre compreendia minhas necessidades e me fazia companhia. Maior presente que em vida poderia ter: VOCÊ!

## AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente, minha irmã Alba, companheira e amiga inseparável, que, mesmo à distância, se fez sempre presente. A meus sobrinhos, Dudu, Lara e Leni, meus eternos filhos de coração. A meu cunhado Xande, pela dedicação à nossa família.

Ao meu inesquecível primo e irmão, João Guilherme, que onde quer que esteja estará sempre guiando meus passos e conduzindo-me para a nossa realização. Afinal, vivemos os mesmos sonhos, compartilhamos as mesmas lutas, pois éramos apenas um.

Aos meus sogros e pais, Greco e Lícia, sempre presentes e colaboradores, torcedores incondicionais do meu sucesso.

À Tia Célia e família, pela acolhida, criação, dedicação e amor que sempre me dedicaram no início de carreira, com certeza, o meu grande estímulo.

Aos meus tios Osmar, Deita, Dete e Cildinha, pelo carinho que sempre me dedicaram e pelo companheirismo e presença junto a minha mãe, sempre tão fundamental.

Ao meu tio Othon, pelo ensinamento da busca dos sonhos e pelo seu exemplo de competência e profissionalismo.

À minha amiga, comadre e companheira de todas as horas, Heleni, pelas palavras de incentivo e pelo suporte emocional de todos os momentos.

À minha orientadora, Dora Sadigursky, pela presença, disponibilidade, capacidade e, acima de tudo, pelas sugestões imprescindíveis para a construção deste trabalho.

À minha eterna mestra, Vera Santos, minha profunda admiração e carinho. Sua postura profissional me inspira.

Ao Hospital São Rafael e à chefia de enfermagem, Enf<sup>a</sup> Lúcia Ferreira, por ter permitido minha ausência em momento tão difícil e por ser intermediadora de todo este processo.

Ao CEPRED e seus funcionários, especialmente a Enf<sup>a</sup> Adelaide Fonseca, que, de forma receptiva e hospitaleira, me acolheram e facilitaram a realização deste trabalho.

Aos estomizados, que mesmo com todo sofrimento e dificuldade, participaram da pesquisa espontaneamente e com muita paciência.

À funcionária da Pós-Graduação da EEUFBA, Edvaldina, pela disponibilidade em ajudar e pelo sorriso sincero de todas as horas.

Aos meus mestres do Curso de Mestrado, Prof. José Lucimar Tavares e, em especial, Prof<sup>a</sup> Mirian Paiva, que com seus conhecimentos e ensinamentos me auxiliaram na concretização deste trabalho e, acima de tudo, permitiram um caminhar seguro.

Aos meus colegas de mestrado, pela alegria dos nossos encontros e pela felicidade de tê-los conhecidos.

À bolsista Débora, que muito colaborou na coleta dos dados e às colegas Daniela e Noélia, que, com seus conhecimentos e disponibilidade, me ajudaram de forma imprescindível para a viabilização do trabalho.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para que eu pudesse realizar mais este sonho, meu muito obrigada.

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com abordagem multimétodos (quantitativo e qualitativo), tendo como objeto: a reinserção social de pessoas com estomas intestinais permanentes e como objetivo: apreender as representações sociais de pessoas com estomas intestinais permanentes em relação à sua reinserção social. O estudo foi desenvolvido no Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (CEPRED), na cidade de Salvador-Ba, no primeiro semestre de 2004. As técnicas utilizadas foram o Teste de Associação Livre de Palavras, a entrevista semi-estruturada e a observação não participante. Fizeram parte da amostra, na aplicação do Teste de Associação Livre de palavras, 68 sujeitos. Os dados obtidos através desse teste, foram processados e analisados no software Tri-Deux Mots, através da Técnica de Análise Fatorial de Correspondência, onde utilizou-se três variáveis fixas e cinco estímulos indutores relacionados ao tema em estudo. Os achados obtidos com base nos depoimentos dos 15 participantes da entrevista semi-estruturada, foram avaliados através da análise de conteúdo de Bardin, o que permitiu a construção das categorias: representação do estoma, alterações ocorridas em sua vida, reintegração social/suporte social e suporte religioso e suas sub-categorias. As representações sociais apreendidas das pessoas com estomas intestinais permanentes estão ancoradas em dificuldade de reinserção social, seja por alterações físicas, biológicas, psicoafetivas, econômicas e socioculturais. Encontramos importantes representações quanto à dificuldade de reinserção no mercado de trabalho para esses indivíduos ainda em fase produtiva, pela discriminação e auto-rejeição, levando-os ao isolamento. Também estão ancoradas nas reações apresentadas pela sociedade que, normalmente, são negativas, demonstrando estranheza, indiferença e discriminação. Assim, diante dos achados, consideramos a necessidade de trabalhos voltados para atendimento dessas pessoas e suas famílias, enfocando sua real situação e as suas possibilidades de vida, como também, esclarecimento à sociedade sobre o quanto esses indivíduos necessitam ser inseridos no mundo social para continuarem vivendo.

Palavras chaves: Estomizado permanente, Reinserção social, Representação social

## ABSTRACT

This is an exploratory study based on Moscovici's Theory of Social Representations, with a multi-method approach (quantitative and qualitative). Our topic was the social reinsertion of definitive stoma patients and with the purpose of understanding the social representations of definitive stoma patients about their social reinsertion. The study was carried out at the Deficiency Prevention and Rehabilitation Center (CEPRED), in Salvador – Bahia, during the first semester of 2004. The techniques used were the Free Association of Words Test, semi-structured interview and non-participating observation. Sixty-eight patients took part of the Free Association of Words Test, fifteen of which also participated of the semi-structured interview. Data obtained were processed and analysed on Tri-Deux Mots software, through the Fatorial Analysis of Correspondence Technique and the representing findings obtained based on the interviews were analysed through Bardin's Analysis of Thematic Content, allowing the construction of these categories: stoma representation, life modifications, social reinsertion and religious support with its sub-categories. Social representation apprehended by definitive stoma patients are anchored on social reinsertion difficulties, for physical and biological modifications and its psicoafective, economic and social-cultural consequences, where we find major representations on the lack of labor opportunity for these individual on their productive phase, as well as discrimination and self-rejection, leading them to isolation. They are also anchored on reactions of the society, mostly negative, showing strangeness, indifference and discrimination. So, with our findings we consider the need of work turned to the assistance of these patients and their families, focus on their real situation and their possibilities of life, as well as information for all society about how much these individuals need to be reinsert in the social world to live on.

Key Words: Definitive intestinal stoma, Social reinsertion, Social representation

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>19</b>
<b>2.</b>	<b><u>REVISÃO DE LITERATURA</u></b> .....	<b>23</b>
2.1	<u>CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS ESTOMAS E OS ESTOMIZADOS</u> .....	23
2.2	<u>A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ESTOMA INTESTINAL E A REINserÇÃO SOCIAL</u> ..	25
2.3	<u>REINserÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM ESTOMAS INTESTINAIS PERMANENTES E O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SEU CUIDADO</u> .....	27
2.4	<u>A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)</u> .....	34
<b>3.</b>	<b><u>CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</u></b> .....	<b>39</b>
3.1	<u>TIPO DE ESTUDO</u> .....	39
3.2	<u>SUJEITOS</u> .....	40
3.3	<u>LOCAL</u> .....	41
3.4	<u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS</u> .....	42
3.5	<u>TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS</u> .....	45
<b>4.</b>	<b><u>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u></b> .....	<b>48</b>
4.1	<u>ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA</u> .....	49
4.2	<u>ANÁLISE APREENDIDA DAS ENTREVISTAS</u> .....	60
<b>5.</b>	<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	<b>80</b>
<b>6.</b>	<b><u>REFERÊNCIAS</u></b> .....	<b>84</b>
<b>7.</b>	<b><u>APÊNDICES</u></b> .....	<b>89</b>
	<u>APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</u> .....	89
	<u>APÊNDICE II -Teste de Associação Livre de Palavras</u> .....	90
	<u>APÊNDICE III - Roteiro da entrevista</u> .....	91
	<u>APÊNDICE IV - Observação não participante</u> .....	92
	<u>APÊNDICE V - Caracterização dos Sujeitos da Associação Livre de Palavras</u> .....	93

<u>APÊNDICE VI - Caracterização dos sujeitos – Entrevista semi-estruturada</u> .....	95
<u>APÊNDICE VII- Banco de dados</u> .....	96
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>2</b>
<u>ANEXO I - Importação das palavras associadas aos estímulos</u> .....	2
<u>ANEXO II- Análise Fatorial de Correspondência</u> .....	6

## 1. INTRODUÇÃO

Apesar de não se ter uma estimativa do número exato de pessoas com estomas, no País e no mundo, sabe-se que é grande o número das que se tornam estomizadas a cada ano. Segundo Nogueira et al (1994), só no Brasil, até essa data, existiam cerca de 150 mil pessoas com estomas e, embora não se constituísse, ainda, num problema de saúde pública, essas pessoas demandaram alto custo para os cofres públicos, pois, para atender suas necessidades específicas, requeriam uma assistência complexa, sistematizada e um programa de reabilitação prolongado com equipamentos de alto custo.

Entende-se por estomizado todo e qualquer indivíduo que possui um estoma, ou seja, uma abertura no corpo com a exposição de uma parte do organismo, diferente da natural, com o objetivo de promover alimentação, respiração, eliminação de fezes e/ou urina e, a depender da localização, o procedimento pode ser designado de gastrostomia, traqueostomia, colostomia, ileostomia, ureterostomia, nefrostomia e vesicostomia.

A confecção de um estoma permanente gera no indivíduo alterações físicas e psicossociais, resultando em profundas alterações da imagem corporal, do auto-conceito e em redução da auto-estima que implicam, necessariamente, na inter-relação do estomizado com o meio social no qual se insere.

Percebe-se no cotidiano que, para os profissionais de saúde, a confecção de um estoma pode representar a cura e, em algumas situações, a melhor alternativa de vida para o paciente, mesmo tendo caráter paliativo. Porém, para a pessoa com estoma, essa decisão poderá trazer conseqüências traumáticas e, muitas vezes, humilhantes, pois, apesar de haver grandes avanços técnicos na sua confecção, graves problemas podem ser gerados após tal procedimento cirúrgico.

Nesse sentido, acredita-se que a enfermeira precisa estar capacitada para identificar os problemas relativos a esse processo e, assim, prestar um atendimento direcionado e individualizado a essa clientela. Quando instrumentalizada para esse cuidado, pode ter um papel fundamental nesse processo, tanto no âmbito assistencial como educacional, podendo ajudar a promover uma reabilitação adequada e adaptação ao novo modo de vida, de forma que essa clientela se sinta apta e preparada para reintegrar-se socialmente, com dignidade.

Faz-se necessário, portanto, a presença de um profissional de saúde, como a enfermeira especialista em estomaterapia, da qual se espera habilidade no exercício de funções direcionadas ao processo de reabilitação da pessoa com estoma.

De acordo com o estatuto da Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST, 1997), a Estomaterapia é uma especialidade da enfermagem voltada para o cuidado dos indivíduos portadores de estomas, feridas, fístulas, incontínências e trauma tissular, desde a fase pré-operatória até o período pós-operatório e ambulatorial, objetivando a efetividade do processo de reabilitação, contando com a participação de uma equipe multidisciplinar.

Verifica-se no acompanhamento ambulatorial que muitas pessoas com estomas intestinais permanentes apresentam alterações advindas das dificuldades que encontram para adaptar-se a essa nova situação em virtude da discriminação que sofrem por não terem uma boa aceitação, tanto familiar quanto social, o que retarda e impede seu processo de reinserção social.

Percebe-se que essa clientela apresenta mudanças comportamentais após a confecção do estoma, tais como: isolamento social, angústia, medo, depressão e diminuição da auto-estima, dentre outras alterações, que requerem um preparo mais direcionado e embasado da equipe que a assiste, para que possa atuar junto à família no esclarecimento direcionado à

redução desses problemas e, conseqüentemente facilitar o processo de reinserção social da pessoa com estoma permanente.

Alguns estudos, como os de Rodrigues (1989); Trentini (1987); Boccardo, Nogueira e Santos (1995); Hashimoto et al (1996), e Cesaretti e Maranhão (1998) foram realizados para verificar os aspectos que influenciaram na qualidade de vida de pessoas com estomas, incluindo a reinserção social como fator essencial para a sua reabilitação, pois os problemas vivenciados por elas e apontados por esses autores envolvem tanto os aspectos físicos quanto os psíquicos e sociais.

Nessa perspectiva, justifica-se o meu interesse pela temática e a necessidade de descrever suscintamente minha experiência pessoal e profissional. Ao concluir o curso de graduação, dediquei-me à “Obstetrícia” e, posteriormente, fui trabalhar na área de cirurgia geral, onde percebi momentos de tristeza, traumas, sofrimentos, mutilações e dificuldades dos clientes e familiares, fazendo-me repensar e refletir como poderia ajudá-los a modificar esse perfil.

Há cerca de 10 anos, comecei a atuar com pessoas que se submetiam a cirurgias que as deixaram com estomas definitivos. Descobri aí uma verdadeira afinidade, passando a me inquietar com as situações difíceis com as quais essas pessoas conviviam.

A partir daí, procurei capacitar-me, realizando um curso de especialização que me daria um preparo específico para atuar junto a essa clientela, pois, assim, poderia melhor cuidar/assistir essas pessoas com estomas. Há sete anos, realizei o Curso de Especialização em Estomaterapia e passei a observar mais intensamente o comportamento dessas pessoas durante o acompanhamento hospitalar e, após a alta, durante o acompanhamento ambulatorial. Desde então, venho procurando, ao longo da trajetória profissional, desenvolver trabalhos

direcionados para essa clientela, procurando, também desenvolver projetos que busquem novos recursos para esse cuidar.

Além de toda experiência profissional, passei por circunstâncias pessoais em que me vi diante de familiares que se submeteram a esse tipo de cirurgia e, conseqüentemente, se tornaram estomizadas permanentes. Esse convívio diário, tão próximo e sofrido, fez com que só aumentasse meu desejo de poder ajudar, despertando-me progressivamente para esse cuidar, e me tornando cada vez mais interessada por este tema, repensando sobre o modo de cuidar e de ajudar essas pessoas na busca de uma reintegração social efetiva.

No Brasil e mais especificamente na Bahia, a estomaterapia constitui-se em uma especialidade ainda recente e carente de estudos, o que foi mais um dos motivos para a realização deste trabalho. Tudo isso contribuiu para realizar esta pesquisa, abordando o tema da reinserção social de pessoas com estomas intestinais permanentes.

Diante disso, este trabalho tem como objeto de estudo: **a reinserção social das pessoas com estomas intestinais permanentes** e como objetivo: **apreender as representações sociais de pessoas com estomas intestinais permanentes em relação à sua reinserção social.**

Assim, espero que este estudo seja uma fonte de contribuição para a implantação de um programa de capacitação de enfermeiras voltado para o atendimento de pessoas com estomas, visando o desenvolvimento de um trabalho articulado com a família, com a finalidade de auxiliá-los na reintegração da vida em sociedade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS ESTOMAS E OS ESTOMIZADOS

Segundo Michaelis (1998), estoma é uma palavra de origem grega que significa boca ou abertura artificial. Este pode ser realizado em várias partes do corpo, como na traquéia, no esôfago, no cólon, íleo, bexiga e rins, recebendo uma denominação específica para cada localização respectiva, podendo ser de caráter temporário ou definitivo.

Em relação aos estomas intestinais, Sousa Júnior et al (1994) referem que são aberturas de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, com o objetivo de desvio da saída do conteúdo fecal para um dispositivo apropriado no meio externo. Em geral, é uma medida terapêutica utilizada em pessoas que, não podendo ser tratadas por via medicamentosa, clinicamente ou por outra forma cirúrgica e, como forma de preservar a sua vida, são submetidas a uma cirurgia para derivação, passando a chamar-se estomizado ou pessoa com estoma.

Habr-Gama e Araújo (2000) afirmam que esses estomas estão previstos em situações de abordagens terapêuticas de diversas doenças, como: câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves e proctite actínica, dentre outras.

Ainda referem, que:

são criadas em caráter temporário, como nas situações de trauma abdominal com perfuração intestinal, ou em função da necessidade de proteção de uma anastomose intestinal mais distal à derivação, ou definitiva, objetivando, nesse caso, substituir a perda de função esfintélica resultante de tratamento cirúrgico ou incontinência, após insucesso de outras opções que objetivam restaurar a evacuação transanal (p. 39).

Há uma predominância de moléstias, como os cânceres de reto, cólon e ânus, segundo Oliveira e Nakano (2000), que são tidas como geradores de estomas. Percebe-se, logo após a pessoa ter sido acometida pela doença, o início de um processo de luta entre a vida e a morte, sendo que alguns enfrentam o problema e outros desistem e entregam-se à doença. Esse fato é agravado pela presença do estoma e suas conseqüências.

A problemática dos estomas reside, sobretudo, no fato do seu portador ter que aprender a viver de uma maneira diferente, podendo ter uma vida social sem que ninguém se aperceba dessa situação, mantendo suas atividades físicas e profissionais, até certo ponto, nos parâmetros de normalidade. Entretanto, sabe-se que, por mais discreta que seja aos olhos do público, o estoma provoca uma reação, nem sempre compreensiva, e o seu portador, por apresentar uma alteração na integridade bio-psico-social, reage a essa condição, podendo sofrer grandes frustrações pessoal, familiar, profissional e social. “Deparar com o estoma é ser tomado pela sensação de ser diferente, dentro de uma sociedade onde os tabus com relação ao ânus são latentes”. (OLIVEIRA; NAKANO, 2000, p. 281).

As alterações provocadas pelo estoma traduzem-se em seqüelas permanentes, que necessitam de ajustes na vida pessoal. Segundo Santos (2000), a pessoa com estoma necessita muito mais do que uma boa e efetiva técnica cirúrgica para reabilitação, necessita de empatia, informação e instruções para o auto-cuidado.

Dessa maneira, a reinserção social é um desafio para a pessoa com estoma e sua família, assim como para a equipe multidisciplinar inserida no contexto de reabilitação. Para tanto, a enfermeira, como elemento da equipe, tem um papel fundamental, na medida em que o auxilia a tornar-se independente através da restauração de sua auto-confiança, auto-estima e autonomia para manter sua dignidade.

## 2.2 A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ESTOMA INTESTINAL E A REINSERÇÃO SOCIAL

Sabe-se que a realização de um estoma modifica profundamente as relações do indivíduo com o mundo, principalmente, quanto ao trabalho, às atividades de lazer que não são mais como eram antes, as atividades domésticas, cívicas, capacidade de auto cuidar-se e a sua sexualidade. Trabalhos como o de Benedini (1993) e o de Cezareti (1993) relatam que existem alterações de ordem prática (cuidados com estomas, eliminação de odores desagradáveis, perda do controle das eliminações, dentre outras), mas existem, também, alterações da auto-imagem que talvez sejam as maiores responsáveis pela dificuldade de reinserção social. Tudo isto interfere tão intensamente no seu íntimo que se sente diferente dos outros e se afasta dos demais com medo de ser rechaçado, dificultando sua reinserção social como cidadão.

Nesse sentido, é imprescindível a orientação de profissionais como, também, suporte de grupos de auto-ajuda, grupos de apoio, grupos terapêuticos, musicoterapia, ioga, dentre outras atividades que fogem ao nosso cotidiano, mas que são importantes neste processo, pois, segundo Campos (2000), a doença é um mal físico, que ataca não somente o corpo do ser humano, mas também a energia vital, o espírito, ou melhor, os aspectos emocionais e, para sua reabilitação e retorno à vida normal, mesmo com alterações, faz-se necessário um cuidado efetivo e direcionado.

Para Brunner e Suddarth (1990), a reabilitação é um processo através do qual uma pessoa ajusta-se à sua incapacidade, com a qual terá que conviver, aprendendo a utilizar os seus recursos possíveis, concentrando-se nas capacidades ainda existentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981), o processo de reabilitação visa proporcionar a continuidade do tratamento, desenvolver a capacidade de aprendizado do autocuidado, contribuir para o retorno da

pessoa às suas atividades, incentivar a pessoa na aceitação de suas limitações funcionais e orgânicas, para ajustar-se ao novo estilo de vida e assegurar o empenho da família e da comunidade no processo de reabilitação (p.13).

Para a pessoa com estoma intestinal permanente, a reabilitação inicia-se no período pré-operatório e vai até após a alta hospitalar, dando continuidade ao processo de educação do indivíduo e família, iniciado desde o diagnóstico clínico e prosseguindo durante toda a internação, a fim de fornecer-lhe assistência integral e ajudá-la e à sua família a enfrentar problemas relacionados ao estoma, tanto os de ordem psicológica e social, quanto os de natureza física.

Dessa maneira, para que se alcance uma reabilitação efetiva, faz-se necessário um trabalho individualizado, contínuo e interessado da enfermeira, baseado nas necessidades, condições físicas e psíquicas do indivíduo, implementando um plano de orientações específico.

Para Oliveira e Nakano (2000, p. 283):

A meta da equipe de assistência ao estomizado é a reabilitação. Alcançar esta meta significa obter a sua inserção participativa na sociedade através do desenvolvimento da capacidade adaptativa. Detectados os componentes que passaram a afetar o estomizado, o esforço deve ser conjugado, no sentido de aproximá-lo, o mais possível, da qualidade de vida anterior à cirurgia.

Essas autoras afirmam, ainda, que a reinserção social das pessoas com estomas constitui-se em desafio para os profissionais da equipe de saúde envolvidos no processo de reabilitação, pois, para que a participação efetiva desta equipe seja efetiva, faz-se necessário que ela receba um preparo adequado, em que aprenda a lidar com esses pacientes e seus temores, suas fantasias e frustrações bem como com a falta de conhecimento e com o preconceito social em relação ao estoma. Deve-se entender que a busca da sobrevivência

através do tratamento cirúrgico (estoma) desencadeia, na pessoa com estoma, a sensação de que está mutilado.

Ainda segundo Oliveira e Nakano (2000), os programas de reabilitação vêm-se desenvolvendo lentamente, o que é inerente à realidade do nosso país, onde as conquistas dos movimentos sociais e políticos da população e das pessoas com estomas são alcançadas depois de árduas lutas, bem como, dos profissionais que atuam na área e se empenham em assegurar à pessoa com estoma, uma assistência digna. E, por esta razão,

os serviços de assistência em Estomaterapia constituem, também, componente fundamental do sistema de suporte social. A atuação da equipe interdisciplinar, procurando assistir as pessoas estomizadas, como um todo, nos seus aspectos físicos, sociais e emocionais, tem como meta facilitar-lhes a reinserção social e ajudá-las a alcançar a reabilitação. (CESARETTI; TANAKA e FILIPPIN, 2000, p. 316).

Dessa maneira, reabilitação é o fundamento do programa assistencial para a pessoa com estoma, direcionado-o para o auto-cuidado, no qual se inclui o trabalho em equipe, envolvendo o indivíduo e a família. Santos (1992) afirma que é indispensável estabelecer, precocemente, um processo de reabilitação, buscando minimizar os problemas e atingir as metas de reinserção desse indivíduo ao seu ambiente social anterior à doença e buscar um novo perfil de saúde em presença do estoma.

### 2.3 REINSERÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM ESTOMAS INTESTINAIS PERMANENTES E O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SEU CUIDADO

A partir de Florence Nightingale, é comum encontrar-se nos relatos da história da Enfermagem, que a definição do objeto da sua prática é o de manter a pessoa nas melhores

condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela, facilitando a sua reabilitação, ficando, assim, sua atuação voltada para o cuidar, tendo-se clareza de que existe cuidado sem cura, mas não existe cura sem cuidado. (WALDOW, 1995).

Segundo Santos (2000), o papel da enfermeira evoluiu da ajuda ao paciente que sofria de uma doença (época de Nightingale), para o papel de colaboradora ativa na promoção e manutenção da saúde (hoje).

Em relação à origem das práticas do cuidado, Collière (1989) refere que, durante milhares de anos, o cuidado não estava ligado a uma profissão ou ofício e, sim, a qualquer pessoa, que, em uma relação de ajuda, garantisse a qualquer outra as necessidades de continuidade da vida, em relação com a vida do grupo. Portanto, desde que surgiu a vida, existe o cuidado, para que se mantenha a continuidade dela, do grupo e da espécie.

Corroborando essa idéia, Waldow (1995) refere que o cuidado é uma característica humana que vai além das atividades e tarefas realizadas no sentido de tratar ou aliviar algum desconforto, uma vez que contempla uma forma de viver mais plenamente.

Assim, ser enfermeira é atuar na proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças. É ser “gente que cuida de gente”, como refere Wanda Horta (1975). Porém, com o tempo, percebe-se que o cuidado foi ficando distanciado e substituído pela valorização dos procedimentos técnicos com ênfase na atenção curativa.

Hoje, tenta-se resgatar a importância do cuidar para a vida das pessoas e sente-se o grande desafio que isso representa, pois não se aprendeu a valorizar o verdadeiro sentido do cuidar e, com isso, não se percebe o que ele representa para o bem-estar dos seres humanos. Segundo Waldow (1995), tem-se tentado apresentar o cuidado de forma humanística,

priorizando-se a pessoa, a sua relação com o meio ambiente e não somente procedimentos, patologias ou problemas.

Das várias conceituações e concepções sobre o cuidar, apreendidas ao longo da formação de enfermeira, da experiência profissional e das leituras e aulas do curso de mestrado, adota-se, aceita-se, assume-se, admite-se o cuidar como: estar presente com o outro. [...] É reflexão, pensamento, aproximação do corpo emocional e biológico do ser cuidado; [...] é uma atitude ética e estética; [...] é ouvir, ajudar o indivíduo a encontrar a melhor forma de viver; [...] é tocar, acolher, vigiar, dar apoio, conforto; [...] é prestar uma assistência que vai além do manuseio das técnicas e chega até à espiritualidade, ao cosmo, ao todo; [...] é ajudar a manter a vida, a dignidade, é auxiliar no resgate ou na construção da cidadania; [...] é dedicar-se, interagir, participar e, acima de tudo, respeitar o próximo e a si mesmo; [...] é ajudar, compartilhar, é amar, é harmonizar-se com o outro e com o universo.

Cuidar, nessa perspectiva, é ser reflexivo, atento, curioso e humano, ser aquele que vê o outro na perspectiva de igualdade de oportunidades, respeitando sua individualidade, numa relação de troca e de crescimento conjunto.

Assim, neste trabalho, adotou-se o conceito de cuidar como atender ao outro nas suas dimensões bio-psico-sócio espirituais e prepará-lo para o auto-cuidado e retorno às suas atividades sociais.

Acredita-se que, apesar do cuidar não ser privilégio apenas da enfermagem, fica evidente que o ato de cuidar é a sua essência e abrange o processo interativo enfermeiro/paciente. Segundo Huf (2002), esta relação, caracterizada pelo cuidar da enfermeira e o ser cuidado do paciente tem por objetivo estabelecer um atendimento individualizado e integral ao ser humano.

No momento em que se cuida, tem-se a oportunidade de interagir com o outro, de conhecê-lo, de oferecer apoio, segurança, conforto e tranquilidade. É preciso valorizar essa essência, pois ela é necessária e não deve ser banalizada pelos profissionais de enfermagem e, antes de tudo, torná-la uma ação visível. Precisa-se fazer com que a relação enfermeira/paciente ultrapasse a barreira do modelo biomédico (objetivo e dicotomizado), pois ele já não consegue responder às questões da atenção ao processo de saúde doença, dentro e fora da instituição hospitalar.

Para Huf (2002), é necessário privilegiar a integralidade e unicidade do ser humano, porque somos constituídos de um todo, que engloba nossa cultura, princípios, valores, a religião ou filosofia de vida, a situação socioeconômica, o estado emocional e biológico, dentre outros.

Assim, o maior desafio para o cuidar é entender que o ser humano não é uma máquina e que, para um cuidado integral, deve-se respeitá-lo na sua essência e em todas as suas dimensões.

Em relação ao cuidar de pessoas com estomas intestinais permanentes faz-se, ainda, necessário um cuidar especializado, no qual não só serão oferecidos os cuidados básicos, mas também, cuidados específicos, uma vez que essa pessoa se defronta com situações diversas, desde a aceitação até a rejeição total da sua condição, o isolamento social e a depressão como fatores agravantes ao processo de cuidar.

Martins (2000), baseada em suas experiências cotidianas junto a esses pacientes e em estudos realizados sobre esse tema, refere princípios que fundamentam a prática dos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas com estomas, com os quais se concorda e se considera de fundamental importância para a instrumentalização dessa prática. São eles:

- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma é permeado pela processualidade, em que o exercício profissional vivenciado junto ao paciente deve considerar o passado, o presente e o futuro.
- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma pressupõe respeito à singularidade inerente a cada ser, pois cada um possui sua história de vida, sua cultura, sua identidade, suas emoções, suas crenças e valores.
- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma adequa-se a um conjunto de fases em desenvolvimento, que se inicia desde a decisão de ser ou não ser estomizado.
- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma envolve enfoque biopsicossocial, devendo ser vista como uma totalidade e não como segmentos.
- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma exige competência do profissional, como habilidades psicossociais e competência clínica.
- No cuidado de enfermagem à pessoa com estoma, está presente a prática educativa que se fundamenta numa relação de diálogo, compartilhando vivências do saber popular com o saber técnico.
- O cuidado de enfermagem à pessoa com estoma pressupõe a complementariedade, que envolve a família, o grupo de ajuda, a pessoa estomizada e os profissionais de saúde.

Segundo Orem (1985), o cuidado de enfermagem tem como principal objetivo o desenvolvimento do autocuidado, compreendido como um conjunto de atividades praticadas pelo indivíduo, em seu próprio benefício, para manter a saúde, o bem-estar e a vida, cabendo à enfermeira o auxílio para que ele atenda às suas necessidades.

Ao cuidar e ao oferecer meios para o autocuidado, objetiva-se proporcionar autonomia não só para o próprio processo de cuidar, como também para o processo de reinserção social da pessoa com estoma, o que faz parte da sua reabilitação pois, através de programas educacionais, pode-se instrumentá-lo para adequar-se a um novo estado da vida, e oferecer-lhe oportunidades para integrar-se ou adaptar-se às suas atividades diárias.

São várias as situações que dificultam o processo de reinserção social do estomizado, como a falta de informação adequada sobre o auto-cuidado; dificuldade de acesso aos locais para aquisição dos dispositivos; complicações com os estomas; imagem corporal comprometida; alto custo dos materiais; medo de ser excluído na família e na sociedade por estar com um problema estigmatizante e depressão.

Todas essas situações contribuem para um distanciamento entre o indivíduo e a comunidade e a família, uma vez que apresenta a auto-estima comprometida, agravando-se quando não encontra apoio familiar suficiente para dar-lhe força de superar tal mudança. Assim, o processo de reinserção social da pessoa com estoma torna-se um desafio e deve ser uma preocupação de toda equipe multidisciplinar que lhe presta cuidado, além da orientação e apoio à família para aceitar o diferente e participar do processo para sua reabilitação, readaptação e inserção social.

Nesse sentido, a enfermeira possui um papel fundamental, principalmente, a enfermeira estomaterapeuta, quando existe uma equipe, pois é ela a responsável pela educação da equipe e quem realiza, durante o internamento hospitalar desses indivíduos, todos os cuidados e as orientações específicas, procurando instrumentalizá-los e torná-los independentes e autônomos a fim de que haja continuidade dessa assistência, em seu cotidiano domiciliar.

No entanto, a aceitação por parte de alguns profissionais de saúde, para lidar com esse tipo de paciente, é preocupante, pois se percebe que muitos deles não assistem de forma compatível à gravidade do problema. Existe, também, grande dificuldade para a aceitação da pessoa com estoma intestinal permanente, pela sociedade, pois, geralmente, há uma tendência coletiva de rechaçar aquele indivíduo que é diferente do conjunto grupal e, diante dessa estranheza, quando recebe alta hospitalar, ele e a família deparam-se com o fato de ter que realizar os cuidados com o estoma em casa, sozinhos.

Na maioria dos casos, porém, os familiares buscam alguém preparado para cuidar da pessoa com estoma, uma vez que costumam referir sentir “nojo” de manusear o efluente, ter “pena” da pessoa com estoma e “pavor” do procedimento, além do medo de causar-lhe dano e dor. Na prática diária, percebe-se que, mesmo com o passar do tempo e já mais habituados com a situação, os familiares, freqüentemente, procuram manter-se afastados da visão do estoma.

Nesse contexto, é notório, nos relatos ocorridos no ambulatório e no pós-operatório tardio, que as pessoas com estomas tendem a se distanciar das atividades sociais que faziam parte da sua vida cotidiana anteriormente, buscando atividades mais reservadas, por sentirem-se com a imagem corporal alterada, não terem controle sobre seus efluentes e eliminações de gases e, acima de tudo, pelo receio de provocar reação de nojo, repulsa ou até pena nas pessoas, sentindo-se rejeitados e diferentes, preferindo, desse modo, o isolamento.

Ainda em relação às interações sociais, Santos (1992) relata que a pessoa com estoma intestinal definitivo isola-se, sobretudo, por sentir-se inseguro, por não saber como será recebido e identificado ou se terá sua privacidade invadida, principalmente, quando o “defeito” é aparente, exposto, como se os seus comportamentos mais discretos fossem supervalorizados e os erros cometidos pudessem ser atribuídos à característica diferenciadora.

Refere, também, que reações como medo, vergonha, depressão, retração ou agressividade caracterizam as conseqüências de um relacionamento angustiante para esse indivíduo.

Enfim, a pessoa com estoma é gente que precisa de gente competente para ser cuidado e, concordando-se com Cesaretti e Leite (2000), acredita-se que essa gente competente seja, em especial, a enfermeira estomaterapeuta, que poderá entendê-lo e servir de elo integrador entre a pessoa com estoma e a sociedade no processo facilitador de sua reinserção social.

#### 2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

A teoria das Representações Sociais foi delineada a partir dos resultados do trabalho “La psychanalyse: son image et son public” de Moscovici em 1961, que estudou a socialização da psicanálise junto à população parisiense no final dos anos de 1950. Nesse trabalho, buscou compreender como o saber científico se enraizava na consciência dos indivíduos e dos grupos.

Moscovici (1978), ao trabalhar com vários sujeitos sobre um objeto dado, descobriu que existia algo comum em suas “representações”, tornando-as corriqueiras, como se todos pensassem as mesmas coisas sobre um determinado tema ou problema. Essas “representações”, para ele, encontravam-se primeiro no imaginário individual e, depois, generalizadas, tornavam-se socializadas, porque existiam pessoas pensando e representando as mesmas coisas.

Segundo Sá (1993), quando as representações tornavam-se semelhantes para vários indivíduos, ele as chamava de “senso comum”.

A Teoria das Representações Sociais, para Moscovici (1978), caracteriza-se como o conhecimento que se tem para dar significado ao mundo, elaborado a partir da compreensão das interações sociais cotidianas. Refere ainda que as representações são socialmente elaboradas, partilhadas e originadas do universo do cotidiano de cada indivíduo sobre

determinados objetos, sendo capazes de influenciar na conduta, modificação e edificação de uma realidade social.

Desse modo, as Representações Sociais (RS), segundo o autor, retratam o objeto compartilhado por um grupo social através da reprodução mental e surge a partir das formas de comunicação, como a difusão, a propagação e a propaganda e dos modos de edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos.

Segundo Bomfim e Almeida (1991/1992), a *difusão* produz, sobretudo, opiniões, pois as informações são transmitidas a um público não específico e não há modificação da comunicação da fonte ao receptor; a *propagação* é traduzida pela formação de atitudes, direcionada a um público específico, o qual possui uma visão organizada do mundo; e a *propaganda*, forma estereótipos, pois é a oposição entre o verdadeiro e o falso saber, estando inserida dentro de relações sociais fortemente antagônicas.

De acordo com Jodelet (2001), as representações são criadas para se estar informado sobre o mundo circundante, para saber como comportar-se, como dominar-se física ou intelectualmente e como identificar e resolver os problemas que se apresentam. Afinal, partilha-se o mundo com outras pessoas. As representações sociais servem de guia na vida diária, para que se saiba interpretar e tomar decisões frente às situações, até mesmo, de forma defensiva. Para esta autora,

geralmente, reconhece-se que as representações sociais – enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros - orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as informações sociais (JODELET, 2001, p.32).

Guareschi e Jovchelovitch (1998) consideram-nas como estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente.

Dessa maneira, é através das Representações Sociais que a sociedade elabora e expressa a realidade dos fatos sociais, possíveis de serem observados e interpretados. Estes podem ser entendidos, também, como conjunto de fatos reais, possuindo propriedades e comportamentos específicos, pois apesar de conservarem a marca da realidade de onde se originou, uma representação social pode gerar outra, pelo fato de possuir vida independente e se reproduzir continuamente.

Segundo Sá (1998), a Teoria das Representações Sociais possui quatro funções: a do *saber*, através da qual se compreende e explica a realidade; a de *orientação*, que guia as práticas e os comportamentos; a *identitária*, que ajuda na identificação, permitindo a especificidade do grupo social; e a *justificadora*, que determina as tomadas de decisões, de atitudes e de comportamentos.

Para tornar familiar algo que é estranho, as RS amparam-se em dois processos sociocognitivos que, segundo Moscovici (1978), são: a ancoragem e a objetivação.

A objetivação é a materialização das abstrações, é transformar o abstrato em concreto, o conceito em imagem. Possui três fases: a construção seletiva, na qual ocorre um processo seletivo das informações que serão úteis, acerca do objeto, para a formação de um todo coerente; a esquematização estruturante, em que ocorre a formação de um núcleo central que organiza a representação e determina elos de unificação (periféricos); e a naturalização, que confere uma realidade ao que era abstrato.

A ancoragem incorpora o que é desconhecido em uma rede de categorias usuais, integrando o objeto representado a um sistema de pensamento preexistente. É ela que dá sustentação ao objeto. Possui três condições estruturantes: atribuição do sentido, em que o pensamento constituinte se apóia sobre o pensamento constituído; a instrumentalização do saber, em que o novo objeto é transformado em um saber útil, que tem uma função na

compreensão do mundo; e o enraizamento no sistema do pensamento, que é a familiarização do estranho.

Para Abric (1998), as representações organizam-se, sempre, em torno de um núcleo central, pois é ele que determina a significação e a organização da representação. Esse núcleo possui duas funções: a geradora e a organizadora, através das quais se determinam os elos de unificação entre os elementos periféricos que se entrelaçam para a formação do tecido representacional e se atribui o sentido.

No Brasil, a Teoria das Representações Sociais vem sendo muito utilizada nos estudos das ciências sociais, tendo como principal mediação a linguagem do senso comum, que corresponde às situações de vida real. Segundo Salles (2003), trata-se, de uma teoria muito utilizada por pesquisadores de enfermagem, como Oliveira, em São Paulo, na área de saúde pública; Moreira, em João Pessoa, na área de epilepsia; Paiva, em Salvador, que aborda a representação da AIDS em mulheres soropositivas para o HIV; Miranda, em João Pessoa, que trata da hanseníase; Petuco sobre estomas, dentre outros.

Salles (2003), por sua vez, considera que a TRS vem sendo muito utilizada devido ao fato de permitir o uso de várias correntes filosóficas, assim como oferecer facilidades para a identificação de aspectos variados e essenciais às vivências psicossociais, como fenômeno de conhecimento de sujeitos sociais particulares.

Acredita-se que a TRS adequa-se perfeitamente ao estudo proposto por preocupar-se com as representações que as pessoas com estomas intestinais permanentes têm em relação à sua reinserção social, uma vez que uma representação se constitui a partir de um conjunto de informações, opiniões, crenças, atitudes e estereótipos a respeito de um objeto social. A pessoa com estoma intestinal permanente apresenta uma diferenciação que o estigmatiza e

segundo Moreira e Moriya (1998), a RS contribui para o fornecimento de dicas importantes para uma assistência planejada a indivíduos portadores de doenças estigmatizantes.

Desse modo, as RS são fundamentais para a apreensão do objeto de estudo porque, a partir delas, podem-se trabalhar os pontos críticos e contribuir para reduzir o estigma, melhorar a auto-estima e infundir-lhe a confiança necessária para reintegrar-se à sociedade e ser aceito por ela.

### 3. CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, tendo como fundamentação a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, a qual recomenda uma abordagem multimétodos, envolvendo análise quanti-qualitativa. Foram utilizados múltiplos instrumentos e técnicas, para a obtenção dos dados, já que a associação de métodos permite a complementariedade dos achados e a representatividade de certo fenômeno em uma dada sociedade. A abordagem quantitativa foi realizada através do programa Tri-Deux Mots de Análise Fatorial de Correspondência dos estímulos indutores de associação livre de palavras e a abordagem qualitativa deu-se através da análise temática das entrevistas e de observação não participante.

Para Marconi e Lakatos (1990), a pesquisa exploratória é empregada para a obtenção de observações empíricas e/ou para as análises de dados. É indicada tanto para pesquisas quantitativas, quanto qualitativas, permitindo o uso de diversos procedimentos para a coleta de dados, como a entrevista, a observação não participante, dentre outros.

A pesquisa qualitativa, segundo Goldenberg (1998), é útil para estudar questões difíceis de quantificar determinados fatores, como sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais, permitindo observar, diretamente, como cada indivíduo, grupo ou instituição experimental, concretamente, a realidade pesquisada. Corroborando essa idéia, Minayo (1994) afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações do processo e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Quanto à pesquisa quantitativa, Polit e Hungler (1995) referem que existem elementos fortes de generalização e utiliza-se de tratamento estatístico para demonstrar suas afirmações.

### 3.2 SUJEITOS

A amostra foi constituída de 68 sujeitos para a apreensão dos dados quantitativos e de 15 para os dados qualitativos. Estes eram pessoas com estomas intestinais permanentes com tempo mínimo de um ano, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que aceitaram participar do estudo e se encontravam em condições de oferecer as informações através dos métodos utilizados (associação livre de palavras e entrevista).

Para manter o anonimato dos 15 pacientes entrevistados, solicitou-se a cada um que adotasse um pseudônimo que lhe fosse mais significativo, os quais foram muito interessantes, pois foram de riqueza fundamental para apreender as representações do estoma para esses sujeitos. Os pseudônimos encontram-se no Quadro 1.

**QUADRO 1** - Significado dos pseudônimos adotados pelos sujeitos da pesquisa

<b>PSEUDÔNIMO</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
Trabalho	Teve muita dificuldade e não conseguiu trabalho após a estomia.
Esposa	Era sua referência e era quem cuidava dele até sua morte há 10 meses.
Manga	Apesar de gostar muito, lhe causa diarreia.
Cortado	Refere já ter sido cortado algumas vezes e que isso não é normal.
Alana	É sua sobrinha com quem tem maior afinidade e carinho.
Café	É viciado em café, toma várias vezes ao dia.
Banana	Quando come, prende o intestino e lhe dá segurança para sair.

Solidão	É um solitário, mesmo morando com a filha.
Preocupado	Vive preocupado e estressado por causa da estomia.
Problema	A estomia não permite fazer nada e esta é a grande preocupação da sua vida.
Coisa de homem	O que mais lhe incomoda é a dificuldade para as “coisas de homem”
Chocolate	Adora comer mas, quando come, lhe causa diarreia.
Rosa vermelha	Refere que a considera linda e lhe transmite muita coisa, principalmente AMOR.
Idosa	É muito idosa, não diz a idade a ninguém por medo de rejeição.
Roça	Vive na roça e diz que essa é a sua grande felicidade.

### 3.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (CEPRED), situado na cidade de Salvador. Trata-se de um Centro de Referência em Prevenção Secundária de Deficiências ou Incapacidades e de Reabilitação, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB – e presta assistência integral e multidisciplinar a portadores de deficiências motora, sensorial e mental e portadores de estomas, através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para ter acesso a esse serviço, a pessoa com estoma deve comparecer com uma fotocópia da identidade e do relatório médico, sendo recebido por uma equipe multidisciplinar do Grupo de Orientação (GO), que ouve suas solicitações, avalia suas necessidades e o encaminha para o serviço especializado.

Esse serviço funciona nos turnos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira, sendo que o atendimento à pessoa com estoma se dá apenas no período da tarde. Nesse

serviço especializado, o paciente é avaliado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar composta por Enfermeira Estomaterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Médico e Psicólogo.

São realizadas mais ou menos 20 consultas por tarde, sendo que a meta do serviço é de 15 atendimentos nesse mesmo período. Ao término da consulta, é feito o agendamento para o retorno da pessoa com estoma ao serviço, sempre munido do seu documento de identificação e cadastro, garantindo, assim, o reforço aos cuidados necessários e a entrega dos dispositivos necessários ao seu auto-cuidado.

Até a data da conclusão do levantamento de dados, o serviço possuía 1095 pessoas com estomas cadastradas, desde 1º de fevereiro de 1999, das quais apenas 357 são freqüentadoras ativas. Isso se deve a motivos variados, como: reconstrução do trânsito intestinal, óbitos e abandono do tratamento.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de Teste de Associação Livre de Palavras, no qual, as palavras eram verbalizadas pelos sujeitos e registradas pela pesquisadora; a entrevista semi-estruturada com roteiro de questões fundamentadas no referencial teórico das representações sociais era gravada e a observação não participante era registrada pela autora em folha diária.

Como estratégia de aproximação com os prováveis sujeitos da pesquisa, utilizou-se a participação da pesquisadora em reunião no dia 18 de março de 2004, a qual estava agendada previamente e fazia parte do programa de atendimento à pessoa com estoma, no CEPRED, onde aconteceram discussões de temas variados e de interesse dessa clientela. A Enf<sup>a</sup>

Estomaterapeuta responsável pelo serviço fez a apresentação da pesquisadora e, em seguida, permitiu que a mesma apresentasse seu projeto de pesquisa, o objetivo da mesma e, relatou, também, sua experiência profissional e pessoal. Nessa reunião, procurou-se participar ativamente do tema proposto, com opiniões e sugestões, quando se estabeleceu uma relação interpessoal com os sujeitos da pesquisa e se obteve boa receptividade tanto dos profissionais envolvidos, como das pessoas com estomas e seus familiares.

Todas as pessoas com estomas que demonstraram interesse em participar do protocolo de pesquisa foram informadas pela pesquisadora através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), baseado na Resolução 196, de 09/10/96 (BRASIL, 1996), no qual foram esclarecidos os objetivos do estudo e de que modo seriam coletados e utilizados os dados obtidos, tendo elas o direito de aceitar ou não em participar de qualquer etapa da pesquisa, sendo assegurado o respeito, bem como o sigilo e a sua individualidade seriam preservados. (Apêndice I).

Em seguida, as pessoas que estavam agendadas para atendimento naquele dia e que quiseram participar da pesquisa se dirigiram a uma sala para esse fim, dando início à coleta de dados.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura pelo entrevistado, aplicou-se o Teste de Associação Livre de Palavras e, posteriormente, os sujeitos que desejaram participar da entrevista e estavam de acordo com os critérios estabelecidos na pesquisa, foram agendados de acordo com seu retorno programado pelo serviço, para a sua realização. (Apêndice II e III).

A coleta dos dados ocorreu no período de 18 de março a 12 de abril de 2004, quando se aplicou o Teste de Associação Livre de Palavras a 68 sujeitos. Destes, 15 foram entrevistados, fechando-se a amostra quando se observou a repetição das informações.

A coleta foi realizada em sala privativa oferecida pelo serviço, com boas acomodações e instalações de ar condicionado, onde ficava apenas a pesquisadora e o participante, exceto quando esse desejava a permanência de seu acompanhante, embora sua presença não tenha influenciado nas respostas apresentadas. O local reservado proporcionou um ambiente adequado e confortável, como também facilitou a gravação da entrevista.

O teste de associação livre de palavras, segundo Sá (1998), implica em solicitar aos participantes a verbalização do que pensam após terem sido estimulados por uma palavra que caracteriza o objeto da representação em estudo. Corroborando esta idéia, Coutinho (2001) refere que, nesse teste, o pesquisador recorre a um estímulo indutor que é utilizado para a evocação de respostas sobre o objeto a ser pesquisado, permitindo a atualização de elementos implícitos ou latentes, que poderiam ser mascarados nos discursos.

Foram utilizados cinco estímulos indutores que tinham relação com o objeto de estudo: *estoma*, *visão sobre si mesmo*, *aceitação social*, *aceitação da família* e *aceitação no trabalho*. Antes da aplicação do teste, exemplificou-se como funcionava o mesmo e, após seu entendimento, esse foi realizado e registrado no impresso próprio. (Apêndice II).

O roteiro da entrevista constou de duas partes: a primeira, contendo dados gerais de identificação dos sujeitos (idade, sexo, escolaridade, religião, ocupação, estado civil, nº de filhos, com quem reside, local de moradia, local do estoma e tempo de estomizado) e a segunda, referente ao tema em estudo. (Apêndice III).

Segundo Minayo (1998), a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelas pessoas, enquanto sujeito-objeto da pesquisa e que vivenciam determinada realidade, a qual está sendo focalizada. Não é simplesmente uma coleta de dados, pois sempre gera uma situação de interação, na qual, as informações dadas pelos sujeitos podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o (a) entrevistador (a).

Para Triviños (1992), a entrevista permite a manifestação emocional do entrevistado e a avaliação de determinadas circunstâncias pelo entrevistador, através do contato direto.

A observação não participante também foi utilizada não apenas como estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si, para compreensão da realidade dos sujeitos. É considerada como parte essencial em uma pesquisa qualitativa e permite a comparação das falas dos sujeitos com seus comportamentos, expressados durante o período em que está sob observação. (Apêndice IV).

Marconi e Lakatos (1990) referem que, na observação não participante, o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade a ser estudada, mas não se integra a ela, permanece de fora, ou seja, presencia o fato, mas não participa dela, faz papel de espectador. No entanto, a observação é consciente, tem direcionamento e é ordenada para o fim a que se propõe/destina.

### 3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos através do teste de associação livre de palavras foram processados e analisados no software Tri-Deux Mots, através da Análise Fatorial de Correspondência onde, a partir da frequência de evocação de palavras, foi possível apreender as representações, ou seja, os conteúdos semânticos das palavras evocadas. (Anexos I e II).

Percebeu-se que, mesmo após ter sido explicado e serem dados exemplos de como funcionava o teste, em algumas vezes, os sujeitos apresentavam dificuldades para verbalizar palavras isoladas, apresentando frases, das quais foram extraídas palavras chaves.

Através dos dados obtidos, elaboraram-se dicionários, que foram colocados em arquivos diferentes e correspondentes a cada estímulo indutor e construiu-se o banco de

dados, o qual foi processado estatisticamente pelo software Tri-Deux Mots e analisado através da Análise Fatorial de Correspondência. Segundo Nóbrega e Lucena (2001), todas as respostas evocadas devem ser registradas previamente no banco de dados, e organizadas por ordem alfabética e de frequência, através do arquivo produzido pelo soft (Apêndice XII).

Para Coutinho (2001), através dos eixos que explicam a modalidade das respostas, se define o princípio básico da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), onde se revelam as estruturas constituídas de elementos do campo representacional. Considera, ainda, que os resultados da AFC são revelados a partir do jogo de oposições, evidenciados pelas respostas aos estímulos, os quais vão permitir a análise fatorial.

Foram utilizadas três variáveis sócio-demográficas, como as variáveis do banco de dados do soft, para análise fatorial: sexo, idade e escolaridade.

Quanto aos discursos provenientes das entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se a análise temática de conteúdo de Bardin (1977). As entrevistas foram gravadas, transcritas, seguidas de leituras exaustivas e, sempre que necessário, retornava-se aos trechos gravados.

Segundo Bardin (1977, p.105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisando certos critérios relativos à teoria, que serve de guia à leitura”. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

Neste estudo, foram seguidas as etapas propostas pela autora, ou seja, as transcrições das gravações com uma leitura flutuante, buscando-se contato com seu conteúdo e organizando o material a ser analisado; em seguida, leitura mais detalhada, fazendo o mapeamento dos resultados obtidos no trabalho de campo e organizando os relatos e os dados da observação não participante.

Foram identificadas as categorias e sub-categoria da análise através do que emergiu nos textos, onde foram determinados os conjuntos das informações presentes nas entrevistas e que tinham características comuns ou que se relacionavam entre si. As três primeiras assemelharam-se aos questionamentos chave do instrumento, mesmo não tendo sido definida essa forma de categorizar, e emergiu uma quarta categoria, considerada de extrema importância, pela frequência com que foi evocada nos depoimentos.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise e discussão dos resultados da pesquisa, os quais foram obtidos através dos métodos utilizados já descritos e que tornaram possível a apreensão das representações sociais das pessoas com estomas intestinais permanentes em relação à sua reinserção social. Foi aplicado um teste de associação livre de palavras a 68 pessoas com estomas intestinais permanentes há mais de um ano, sendo 36 do sexo masculino (53%) e 32 do sexo feminino (47%), com idade variando de 18 a 78 anos, com predomínio de pessoas na faixa etária de 41 a 60 anos (50%) e escolaridade variando desde o analfabetismo até o nível superior, predominando o 1º grau completo (71%). (Apêndice V).

Desses 68 sujeitos, 15 participaram, também, da entrevista semi-estruturada, predominando aqueles com idade entre 41 e 60 anos (46,7%), do sexo masculino (60%), com 1º grau de escolaridade (60%), religião católica (86,7%), com ocupação (40%), casados (46,7%), com 1 a 2 filhos (26,7%), residindo com familiares (93,3%), na periferia da cidade (66,7%), com tempo de estomizado variando de 3 a 5 anos (46,7%) e estoma localizado no lado esquerdo (80%). (Apêndice VI).

A entrevista, inicialmente, estava programada para ser realizada no domicílio dos sujeitos, porém, a pedido deles, foi realizada no CEPRED. Acredita-se que ficaram inibidos quando se propôs a entrevista em seus domicílios, e muitos justificaram que não seria fácil chegar em suas moradias, o que se atribuiu à carência em que vivem, a qual pode ser confirmada pelos dados sócio-demográficos. (Apêndice V).

A seguir, explicitam-se os dados e as respectivas discussões obtidas através de aplicação de associação livre de palavras, utilizando-se a análise fatorial de correspondência.

#### 4.1 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA

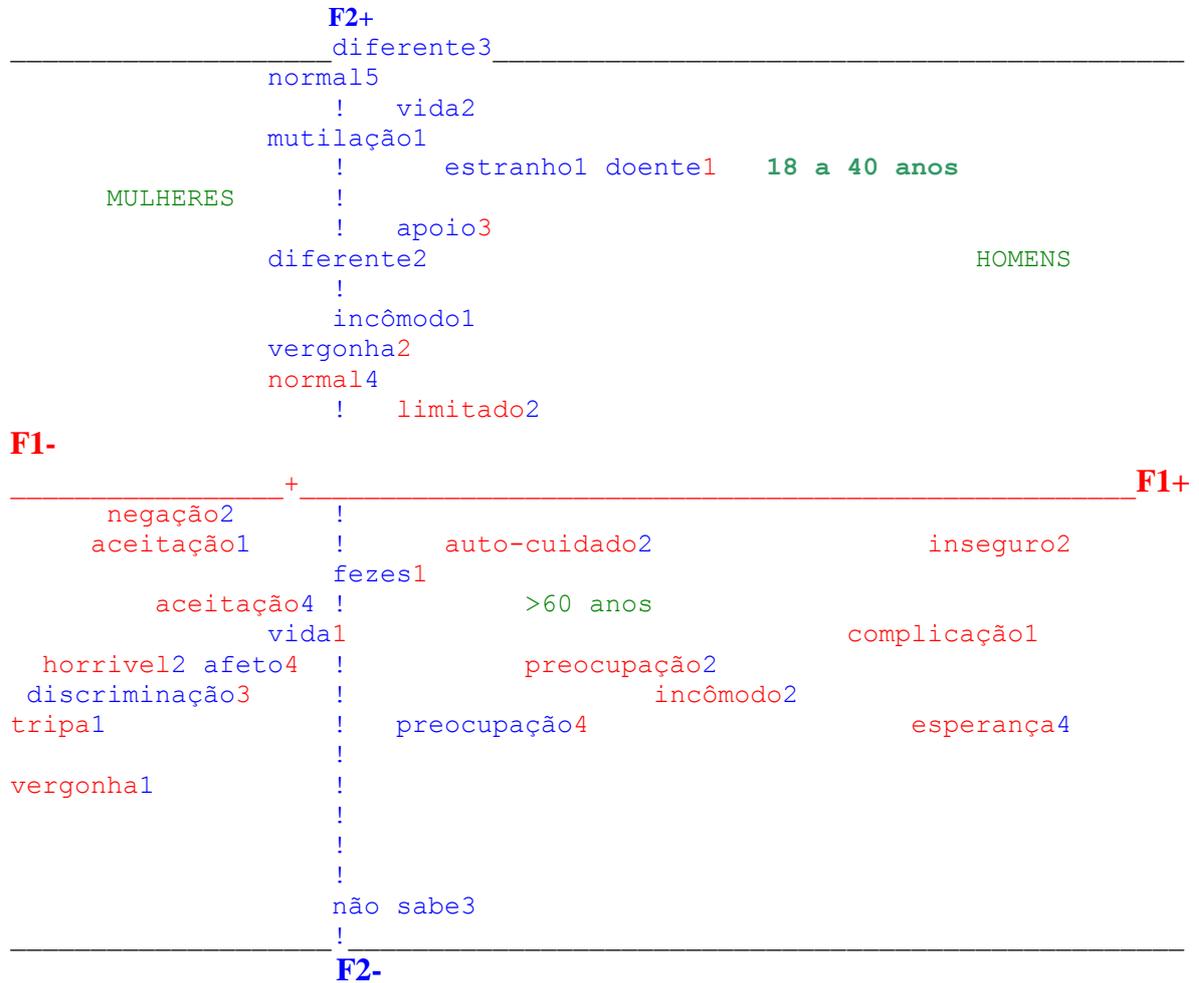
As respostas aos estímulos indutores, que foram responsáveis pelas três variáveis fixas do banco de dados Tri-Deux Mots – sexo, idade e escolaridade, revelaram o jogo de oposições presente na análise fatorial de correspondência, a qual demonstrou que a escolaridade não apresentou significância. Com este resultado, conseguiu-se apreender que o estoma desencadeia nas pessoas, independente da sua escolaridade, as mais diversas alterações do ponto de vista psicológico, social, econômico e cultural.

O tratamento dos dados foi realizado com a frequência igual a 4 (quatro), para cada estímulo indutor.

Foram evocadas 965 palavras pelos sujeitos, das quais 241 foram diferentes entre si.

A Figura 1 descreve a análise obtida dos fatores F1(sexo) e F2 (idade). O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal, representa as mais fortes representações evocadas para a variável sexo lado esquerdo mulheres e lado direito homens. Quanto ao fator 2 (F2), em azul, é representado pela variável idade, sendo o eixo negativo a faixa etária > 60 anos, e o eixo positivo, a faixa etária de 18 a 40 anos.

**Figura 1: Representação Gráfica dos Planos Fatoriais 1 e 2**



Legenda
F1 (eixo negativo ou lado esquerdo) = grupo feminino
F1 (eixo positivo ou lado direito) = grupo masculino
F2 (eixo negativo) = faixa etária maior de 60 anos
F2 (eixo positivo) = faixa etária de 18 a 40 anos

Os fatores F1 e F2, descritos na figura 1, foram os mais significantes. O fator F1, que se refere ao sexo, explica 31,9% da variação total de respostas (valor próprio = 0,074848), enquanto o fator F2, relacionado à idade, 24,5% de variância (valor próprio = 0,057554), perfazendo um total de 56,4% da variação total. Como se pode perceber, a faixa etária de 41 a 60 anos, a mais freqüente entre os sujeitos, não aparece no gráfico, provavelmente, por não ter havido oposição entre as respostas, enquanto que a variável sexo foi mais significativa do que a da idade.

Na análise dos resultados apreendidos do teste de associação livre de palavras para o primeiro fator (F1), destacam-se as respostas evocadas pelos sujeitos do sexo masculino, as quais se encontram do lado positivo do eixo 1 e são representadas pelas palavras: *doente, apoio, vergonha, normal, limitado, auto-cuidado, fezes, complicação, preocupação, inseguro, esperança e incômodo*, seguidas de um número que corresponde a cada estímulo indutor (Quadro 2).

**Quadro 2** – Classificação ordinária dos estímulos indutores

ESTÍMULO INDUTOR	NÚMERO DO ESTÍMULO
Que vem a sua cabeça quando falo a palavra estoma?	01
Que vem a sua cabeça quando falo visão sobre si mesmo?	02
Que vem a sua cabeça quando falo aceitação social?	03
Que vem a sua cabeça quando falo aceitação da família?	04
Que vem a sua cabeça quando falo aceitação no trabalho?	05

No lado negativo do eixo do fator 1 (F1) da representação gráfica, destacam-se as respostas evocadas pelo sexo feminino, que são: *vergonha, normal, negação, aceitação, vida, horrível, afeto, discriminação e tripa*, tendo, também, um número ao final de cada palavra, referente ao estímulo indutor.

Cosegue-se apreender que, apesar dos dois sexos expressarem vergonha em relação ao estoma, o sexo masculino está mais preocupado com seu auto-cuidado, desencadeando insegurança e limitação, enquanto, para o sexo feminino, embora a mulher se sinta horrível e discriminada, há uma aceitação melhor da situação, pois o estoma, apesar de tudo, é o motivo da manutenção da vida.

Em relação ao segundo fator (F2), linha vertical azul, a análise baseia-se na idade dos sujeitos, onde se destacam as oposições entre as pessoas com estomas e idades de 18 a 40 anos (parte superior da figura) e pessoas com estomas e idades > 60 anos (parte inferior da figura).

De acordo com a figura, na parte superior, aparecem as evocações das pessoas com estomas com idades de 18 a 40 anos, com as seguintes palavras: *diferente, normal, vida, mutilação, estranho, doente, apoio, incômodo, vergonha, normal e limitado*, seguidas do número correspondente ao estímulo.

Na parte inferior da figura, estão as palavras e estímulos correspondentes às idades > 60 anos, que são: *negação, aceitação, auto-cuidado, fezes, vida, horrível, afeto, discriminação, tripa, esperança, vergonha, preocupação, incômodo e não sabe*.

Em relação ao estímulo 1 (estoma) para o fator 1, os homens evocaram as seguintes palavras: *doente, fezes e complicação*, e as mulheres, evocaram as palavras: *aceitação, vida,*

*tripa e vergonha*. Os homens têm representações que expressam seu estado de doente com complicações e com a presença de fezes, enquanto que as mulheres embora tenham vergonha da tripa, aceitam-na, pois ela representa a vida.

Apesar de, aparentemente, estarem ancorados em sentimentos diferentes, observa-se que em ambos os sexos, houve a representação do estoma como imperfeição, demonstrando sentirem-se doentes ou com vergonha.

A palavra *complicações* foi representada somente para o sexo masculino, talvez, porque o homem demonstre estar mais preocupado com sua situação e se aperceba mais das possíveis conseqüências, ao passo que as mulheres não relatam explicitamente se têm receio das complicações com seus estomas. Sabe-se que as complicações ocorrem independentemente do sexo e que interferem na sua reabilitação, porém pode-se, como profissionais, contribuir para preveni-las, desde a fase pré-operatória, através da demarcação do seu estoma; no intra-operatório, com uma boa técnica cirúrgica e um correto cuidado no pós-operatório.

Com referência ao segundo fator (F2), linha vertical azul, as pessoas com estomas com idades de 18 a 40 anos, diante do estímulo estoma, trazem como representações: *mutilação, estranho, incômodo e doente*, demonstrando sentimentos de diferença, agressão e privação.

Segundo Lacueva (1994, p. 357), todo estoma é resultante de uma cirurgia mutilante, pouco visível, porém muito traumatizante, com perda de controle e alteração na estrutura do corpo e sua função, onde se rompem todos os esquemas que se tem do seu corpo que já não é igual ao do seu grupo.

Segundo outros autores, como Rocha (1991), Salter (1992) e Freedman (1994), as representações do corpo ideal, em nossa sociedade, estão ancoradas em significados de juventude,

beleza, vigor e saúde, e, portanto, só é normal o corpo saudável e produtivo. Assim, percebe-se que, para essa faixa etária, o seu corpo não é normal, porque os diferencia dos demais e, com isso, os faz sentirem-se diferentes e estranhos, dificultando a sua reintegração social.

Segundo Wanderbroocke (1998), a pessoa com estoma pode se sentir desesperada, mutilada e até sem vontade de continuar vivendo. É um período muito doloroso e requer muita compreensão e apoio. Corroborando essa idéia, Santos (1996) refere que a pessoa com estoma, ao enfrentar o seu corpo imperfeito e as conseqüentes impossibilidades e incapacidades, pode tornar-se dependente e ineficiente, gerando situações que a leva a procurar o isolamento.

Com relação a esse achado, Lacueva (1994) refere que, no decorrer da vida, a imagem corporal sofre alterações que são naturais e espontâneas, porém existem alterações não naturais, provenientes de traumas e de perdas de partes do corpo. Por isso, para esta faixa etária de 18 a 40 anos foi mais representativa a sensação de perda, já que ela traduz a fase de vida mais produtiva, como, também, pelas conseqüências que essa alteração pode trazer no seu exterior, principalmente, porque, ainda segundo o autor, os indivíduos conhecem seu corpo comparando-o aos de outros do mesmo grupo e se identificam em relação à sua aparência corporal, mediante as reações que provoca nas outras pessoas e, nesse caso, notam que apresentam uma situação que os torna diferentes dos demais e que essa diferença é negativa, gerando sensação de inferioridade em relação ao grupo.

Para as pessoas com idade > 60 anos, em relação ao estímulo estoma, pode-se observar, na representação gráfica, as seguintes evocações: *aceitação, fezes, vida, tripa e vergonha*, as quais representam que a vida é mais importante do que a aparência, o que torna as representações das pessoas nessa faixa de idade diferente das representações da faixa etária

anterior (18 a 40 anos), nas quais, as conseqüências aparentes no corpo são mais significativas.

Quando se pensa na representação para essa faixa etária superior a 60 anos, acredita-se que o avanço na idade, confere uma maturidade que faz com que a pessoa com estoma aceite sua situação de uma outra forma, ou seja, ancore o fato de possuir um estoma como possibilidade de continuar vivendo, mesmo sendo discriminado socialmente.

Quanto ao segundo estímulo, visão sobre si mesmo, para o fator um (F1), os homens evocaram as palavras *vergonha, limitado, auto-cuidado, preocupação e incômodo*, que se ancoram em limitações, preocupações e incômodo e, possivelmente a representação de incômodo não está ligada apenas ao estoma, mas também ao auto-cuidado, pois os homens tradicionalmente não são afeitos aos cuidados de saúde, principalmente por que não foram socializados para tal.

Para as mulheres, as representações foram: *vergonha, não aceita, horrível e insegura*. Pensa-se que a explicação passa também pela questão de gênero, pois, no estímulo 1, aparece aceitação do estoma pelas mulheres, já que elas são socializadas para serem mais submissas, inclusive às vicissitudes da vida, entretanto, quando o estímulo é a visão sobre si mesmas elas não aceitam, provavelmente, porque em sua socialização são mais cobradas pela estética do corpo perfeito, belo e ideal e, quando isso não ocorre ou ocorre por uma mutilação, aparece a insegurança.

Fonseca (2003), em trabalho realizado com mulheres colostomizadas sobre sua imagem corporal, encontrou que essas se sentiam feias, horríveis, estranhas, diferentes e defeituosas. E, relataram ainda que tinham dificuldade para olhar seu estoma ou seu corpo no

espelho e, conseqüentemente, desenvolveram sentimentos de tristeza, vergonha e estranheza em relação a si próprias.

Enfim, em relação ao estímulo 2, apreendemos que a mulher parece preocupar-se mais com a estética e o homem, consigo mesmo, assim como a mulher refere não aceitar seu estoma. Contudo, Lacueva (1994) refere que o modo psicológico de responder ao acontecimento (estoma) depende não só da personalidade do paciente, como, também, da enfermidade que o acomete e que a sua capacidade de adaptação e de reação é influenciada pelo seu papel e pelo status social.

O fator 2 (F2) aponta como representação para pessoas com estomas com idades de 18 a 40 anos, em relação ao estímulo visão sobre si mesmo, as evocações: *diferente, vergonha, vida e limitado*.

Observa-se que, mesmo sentindo e tendo o direito a continuar vivendo após a confecção do estoma, sentem-se *diferentes*, pois ainda estão numa fase, em que o físico e a vaidade são marcantes, como, também, estão em fase produtiva e reprodutiva. A palavra *vergonha* foi também uma representação para essa faixa etária, vindo a comprovar o quanto a presença do estoma, nessa faixa etária, repercute na sua aparência e na vida.

Embora tenha-se encontrado a representação *diferente* evocada pelos jovens, obteve-se também a palavra *vida*, o que permite apreender que apesar das dificuldades encontradas com a presença do estoma, esse ainda representa a possibilidade de continuarem vivos e curados, podendo reintegrar-se socialmente. Crema e Silva (1997) referem que vários pacientes, apesar do incômodo causado pelo estoma, aceitam a sua presença, pois se sentem felizes pela perspectiva de prolongamento da vida. Fortalecendo esses achados, Haines (1999), uma portadora de estoma, reabilitada, refere que “é feliz porque é estomizada e tem orgulho disso”.

Esse depoimento reforça os achados deste trabalho nos quais se percebe que conviver com o estoma representa a possibilidade de sobrevivência e de perspectiva de vida.

Em relação às pessoas com estomas com idades > 60 anos, apreende-se: *negação, horrível, auto-cuidado, preocupação e incômodo*, que encontram ancoragens diferentes, pois trazem representações de estética e de preocupação.

Segundo Englert (1999, p. 21), o estoma desencadeia conseqüências, como: receios e incertezas, que levam a uma desesperança e desestímulo, pois têm receio de estarem doentes para o resto da vida e de não serem aceitos pelo meio social, familiar, amigos, vizinhos e colegas. Como têm, também, a incerteza de como cuidar de seu próprio estoma.

Esse autor ainda refere que aceitar e conviver com um estoma requer um ajustamento que depende de múltiplos fatores, que estão ligados ao emocional e à personalidade do indivíduo e que esse ajustamento é muito difícil e sofrido.

O terceiro estímulo refere-se à aceitação social e em relação ao fator 1 (F1), o sexo masculino evoca a palavra *apoio*, e o feminino expressa a palavra *discriminação*. Pensa-se que os homens evocaram apoio por ser esta a forma que mais expressa a aceitação social por parte de familiares e amigos. Isso talvez se deva ao fato de que o homem tem sempre alguém a apoiá-lo, a prestar-lhe cuidado, pois, em geral, como as mulheres são cuidadoras, no momento em que há o adoecimento de um homem, a tendência é o estabelecimento de uma rede de apoio formada por mãe, esposa, filhas, sobrinhas, netas e, quando isso não ocorre, há ainda a possibilidade de contratação de alguém para cuidar integralmente ou em atividades específicas (troca de dispositivos, por exemplo) e, não raras vezes, é uma mulher que o executa. Em oposição, em seu adoecimento, as mulheres nem sempre contam com esta rede de apoio e buscam sozinhas a resolução de seus problemas de saúde, o que as faz representá-las pela palavra *discriminação*.

Com relação ao fator 2 (F2) sobre o estímulo indutor, aceitação social, este foi fortemente representado pelas pessoas com estomas com idades de 18 a 40 anos como *diferente*, apesar de trazer também, a palavra *apoio*. Para > 60 anos, sua representação mais forte foi *não sabe*, sendo também citado *discriminação*.

Sabe-se o quanto é difícil, para a sociedade, aceitar pessoas “diferentes”. Essas pessoas são discriminadas e vistas como possuidoras de algo que não é normal, e isso as torna isoladas e com comportamento solitário, retraído. Nesse sentido, Lacueva (1994) e Prado (1999) afirmam que alguns fracassos de adaptação à nova situação são gerados e/ou agravados pela falta de adaptação da pessoa com estoma ao meio em que vive, como também, reconhecem que as pessoas com estomas, ao retornarem às suas atividades sociais mostram-se inseguras, apresentando constante preocupação com sua imagem corporal, o que gera sentimentos de insegurança e discriminação por se sentirem diferentes.

O quarto estímulo diz respeito à aceitação da família, que, em relação ao fator 1, foi comum para ambos os sexos, a representação de *normal*. Os homens acrescentaram ainda *a esperança e a preocupação*, e as mulheres *aceitação, afeto e esperança*.

Com essas representações, apreende-se que há, para essas pessoas, aceitação familiar, o que deve ser considerado de grande importância, pois se sabe que a família possui um papel fundamental no processo de reinserção social. A preocupação aqui refere-se ao fato da família se preocupar com o sujeito e seus problemas de saúde, enquanto que, no estímulo 2, referia-se à preocupação do sujeito sobre si.

Segundo Prado (1999, p. 168), a família pode ajudar no processo de reabilitação através do incentivo, compreendendo suas limitações, participando de seus cuidados. O estomizado a considera como fator indispensável na reabilitação, pois deposita nela confiança para ajudá-lo a superar as dificuldades e relatam que se sentem mais seguros, motivados e confiantes quando podem contar com seu apoio e compreensão.

### Reforçando a importância familiar:

Wanderbroocke (1998, p. 22) refere que existem vários fatores que podem contribuir para a boa adaptação do estomizado, entre elas o suporte emocional da família e de amigos, pois é através do outro que se percebem e em momentos de crise a família é de vital importância.

Em relação ao fator 2 (F2), das pessoas com estomas e idades variando de 18 a 40 anos, apreende-se a palavra *normal*, enquanto que para as > 60 anos, *aceitação*, *esperança* e, mais fortemente, *afeto e preocupação*. Apreende-se que o apoio familiar existe e foi significativo para as duas variáveis (sexo e idade) e expressos pelas mesmas representações.

Em relação ao estímulo 5 (aceitação no trabalho), pode-se observar que ele se destacou dos demais, pois só foi encontrada representação para o fator 2 (F2), relativa às pessoas com estomas na faixa etária de 18 a 40 anos, com a evocação da palavra *normal*. Isso, provavelmente, se deve ao fato de que 51 sujeitos (75%), dentre 68, referiram não trabalhar mais, sendo que destes, 12 sujeitos estão na faixa etária de 18 a 40 anos e 29 sujeitos na de 41 a 60 anos.

Isso é preocupante, pois o fato de não estarem conseguindo reinserir-se no mercado de trabalho demonstra a dificuldade que estão tendo em se reinserir ao estilo de vida anterior ou, então, pode-se pensar que, em virtude da possibilidade de aposentadoria para os portadores de câncer, que, segundo os estudos predominam como causa geradora de estomas, eles estejam fazendo opção pelo não retorno ao trabalho e sobrevivendo com esse recurso financeiro, do que se pode apreender que a própria pessoa com estoma se isola da sociedade antes mesmo de saber como será aceita por ela.

Segundo Hoogland et al (1994), o retorno ao trabalho ajuda o paciente a ter autoconfiança, requerendo apenas cuidados para trabalhos pesados, em que se exige a força física, porém não o impossibilita de voltar a trabalhar. Em estudo realizado por Boccardo et al

(1995), os achados foram semelhantes aos encontrados neste estudo, tendo sido, no entanto, aplicado em fase pós-operatória precoce. O que se esperava é que, estando o sujeito já em fase de pós-operatório tardio, deveria estar mais reintegrado socialmente, o que parece não ocorrer.

Em seguimento, apresentam-se os achados obtidos das entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

#### 4.2 ANÁLISE APREENDIDA DAS ENTREVISTAS

Através dos discursos dos sujeitos, aborda-se, neste ítem, a análise das representações sociais das pessoas com estomas intestinais permanentes em relação a sua reinserção social.

#### **Quadro 3** – Categorias e sub-categorias apreendidas das entrevistas

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
Representação do estoma	- Deficiência / diferença / estranheza - Aceitação / razão de viver - Sofrimento / solidão
Alterações ocorridas em sua vida	- Autocuidado - Relacionamento sexual - Limitações
Reintegração na sociedade/Suporte social	- Acolhimento - Rejeição
Suporte religioso	- Resignação e esperança

##### *Categoria 1: REPRESENTAÇÃO DO ESTOMA*

Sabe-se que a presença de um estoma gera no indivíduo modificações no seu estilo de vida e que estas podem significar a causa do seu isolamento ou do seu enfrentamento social.

Nesta categoria, procurou-se destacar as falas expressadas pelos sujeitos, traduzindo o que o estoma representa em suas vidas.

Segundo Oliveira e Nakano (2000), ao buscar-se a cura através da realização da cirurgia, pode-se desencadear uma sensação de mutilação, pelo trauma resultante das alterações orgânicas. Para isso, os profissionais devem estar preparados para saber lidar com as sensações diversas, como: temores, fantasias e frustrações, bem como o desconhecimento e preconceito da sociedade, ajudando-os a reintegrar-se e a aprender a conviver com a nova realidade.

Assim, o estoma representa para esses sujeitos:

#### DEFICIÊNCIA / DIFERENÇA / ESTRANHEZA

A sensação de deficiência, diferença ou estranheza desencadeada na pessoa com um estoma é conseqüente às profundas alterações geradas na auto-imagem. Segundo Vieira (1976), os distúrbios da imagem corporal podem estar associados a diversos fatores, dentre eles, o trauma cirúrgico, estilo de vida, acidentes e outros. Corroborando com essa idéia, Fonseca (2003) considera que o indivíduo, ao conviver com um estoma, passa por diversas modificações no seu corpo e na sua imagem corporal, porque, a partir daquele momento, irá eliminar seus efluentes pelo abdome, usando um saco coletor para esse fim, podendo levar a uma série de alterações físicas e psico-sociais.

*Sei que tenho uma deficiência no corpo, me sinto um pouco diferente. Ninguém é assim, eu mesmo não era assim. Então a gente nasce, é normal e fica com aquilo no corpo, se sente diferente [...]*  
(TRABALHO, sexo masculino, 25 anos, 3 anos com estoma).

*Ser estomizado não é normal, porque a pessoa que é normal, que nasce de um jeito e depois se modifica, não é normal* (ESPOSA, sexo masculino, 56 anos, 12 anos com estoma).

*Eu fiquei assim, meio estranha, porque eu tinha o corpo de um jeito e depois passei a ter de outro, então eu fiquei assim meio estranha e um*

*pouco deprimida* (MANGA, sexo feminino, 35 anos, 3 anos com estoma).

*A modificação é que eu estou cortado, estou cortado, nunca fui cortado [...] a vida não é nunca que nem a pessoa normal, entende? [...] a pessoa normal é uma coisa e a pessoa estomizada é outra coisa* (CORTADO, sexo masculino, 61 anos, 2 anos com estoma).

*Quando me olhei no espelho, eu tomei um susto e eu levei um bom tempo sem olhar, eu lavava o local, mas eu não me olhava* (ALANA, sexo feminino, 45 anos, 8 anos com estoma).

Esta sub-categoria revela que o sentimento de deficiência, também expressada pela estranheza, diferença e a percepção de anormalidade é uma representação de forte impacto na vida do ser humano, pois se observa que, ao se sentirem dessa forma, se colocam em um mundo à parte, por se considerarem diferentes. Apreende-se dessas falas, expressões associadas a sentimentos de modificação na sua auto-imagem que apontam para sua auto-discriminação.

Isto porque, como refere Santos (2000), as representações sociais do corpo, em nossa sociedade, são de corpo saudável e beleza. A deficiência acarreta o estigma, que são pontos cruciais pois terão que ser enfrentados, para que se estabeleça uma relação de cuidar com as pessoas com estomas. Ainda em relação ao corpo, Izzo (1992) comenta que depende de ligações complexas entre a pessoa e o mundo social, assim como, o contato corporal serve para confirmar a aceitação do indivíduo pelos outros.

A representação de deficiência, diferença e de estranheza faz com que o processo de reinserção social seja dificultado, pois, ao se sentirem modificados, alterados e diferentes, eles mesmos se excluem. Nesse sentido, é importante considerar o que diz Santos (2000), quando discorre sobre a necessidade de ajudá-los a encarar o estoma como resultado de um processo de cura ou tratamento, representando a sobrevivência e não como sensação de deficiência, pois, só assim, se aceitarão mais facilmente e se reintegrarão ao seu meio social.

## ACEITAÇÃO / RAZÃO DE VIVER

Ouvir das pessoas com estomas relatos que retratam a auto-aceitação e uma boa convivência com seu estoma é o que mais se espera quando se está cuidando deles, pois se consegue identificar o processo de reabilitação e de reintegração do indivíduo ao seu meio. Relatos deste tipo se reportam aos trazidos por Carvalheira (1999), em seu livro: “*Ainda posso levar uma vida normal*”, onde se encontram vários depoimentos similares aos achados nesta pesquisa, o que permite acreditar que, juntos (equipe de profissionais e pessoas com estomas), se consegue o alcance do objetivo da reabilitação. Concorde-se com a autora, quando relata que o estoma pode e deve ser entendido como símbolo da vida, pois, através dele, pode-se continuar vivo e caminhando na vida.

Trentini et al (1987) encontraram, em seu trabalho, relatos de pessoas com estomas que se sentiam normais, porém todos aqueles que fizeram tal referência tinham mais de cinco anos com estomas. Nesse trabalho, os achados diferem, dado ao fato de que apenas uma das pessoas que referiu ser normal, já tinha mais de cinco anos com estoma. Estes achados distinguem-se, também, da observação empírica do cotidiano, no qual as pessoas com estomas levam em média de dois a três anos para se adaptarem a essa nova situação de vida, enquanto, nos relatos, se encontram pessoas com estomas há um ano ou um ano e meio, como se pode observar nos relatos que se seguem:

*Para mim, estomia significa a razão de viver, sem ela não viveria, já era, tava morto [...] agora me sinto até normal, me sinto igual a qualquer pessoa normal, não tenho problema nenhum (CAFÉ, sexo masculino, 45 anos, 1 ano e 6 meses com estoma).*

*Eu aceitei e o médico me falou que eu tenho que usar para a vida toda e eu estou conformada com isso, porque ele falou que se eu não usasse, eu não estaria aqui hoje, estaria morta (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).*

*Estomizada é uma pessoa normal basta a gente encarar com realidade [...] a minha vida de estomizada é tudo de bom. Continuo lavando, passando, cozinhando, gostam do que eu faço. Danço, brico. Fico feliz quando minhas estomaterapeutas me olham que vêem que a*

*coloração está legal, está aquele rosinha bem tenso. Eu fico feliz e a colostomia também* (ALANA, sexo feminino, 45 anos, 8 anos com estoma).

*Saio, trabalho e procuro viver uma vida quase que normal, sou uma mulher de verdade, independente da colostomia* (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).

A normalidade é difícil de ser atingida, principalmente, quando se convive com pessoas, na maioria, portadoras de alguma doença e com necessidades de cuidados especiais e de adaptação. Em se tratando de pessoas com estomas, essa representação é significativa, quando se percebe que, mesmo com suas dificuldades e demorando de se adaptar à nova situação, conseguem levar uma vida normal, procurando desenvolver a auto-aceitação, o que vem facilitando seu processo de reinserção social.

Esses achados foram de muita importância, pois vêm ao encontro dos que emergiram no teste de associação livre de palavras, onde, também, foi evidenciado que os estomas estão associados à razão de viver.

#### SOFRIMENTO / SOLIDÃO

A maioria das pessoas com estomas, entrevistada (nove, que corresponde a 60%), apresentou um traço de sofrimento e de solidão, seja expresso verbalmente ou não. Traziam a solidão como companheira, ou pela falta de apoio familiar e social, ou pela sensação demonstrada em situações que relatavam. Isto, também, foi evidenciado durante a observação não participante, porque a maioria das pessoas com estomas que compareciam ao serviço iam sozinhas e nunca falavam de alguém como sua referência de apoio.

*O que representou para mim mesmo foi o pessoal de casa. O pessoal de casa não respeita um cara doente, então ninguém aceita a situação de ser doente. Um olha com carinho, outro não olha com carinho, então eu fico só* (SOLIDÃO, sexo masculino, 61 anos, 2 anos com estoma).

*A minha vida depois de estomizado mudou muitas coisas, porque eu tenho problemas [...] eu tenho dificuldade para tudo. Eu acho que toda pessoa que é estomizada permanente é uma preocupação que vai ter pelo resto da vida, além do que ela sofre [...] nem todo mundo aceita* (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).

Essas pessoas com estomas traziam, na face, a expressão de sofrimento e, durante a entrevista, tinha-se que respeitar aquele momento como se pode confirmar com as citações abaixo:

*É muita coisa que atrapalha a colostomia. Depois desse problema (interrompeu angustiado). É isso aí* (PROBLEMA, sexo masculino, 26 anos, 3 anos com estoma).

*Eu moro com minha filha, mas vivo só, praticamente vivo só (respirou fundo e recomeçou) em casa só fico só, fico em casa sozinho, tenho filha, tenho tudo, mas ninguém dá ponto para mim e aí faço tudo só (ficou calado, olhou para frente e balançou a cabeça). O pessoal da rua não aceita a posição da gente (interrompeu a fala)* (SOLIDÃO, sexo masculino, 61 anos, 2 anos com estoma).

Consegue-se apreender que a diferença de idade entre esses sujeitos não alterou o sentimento, pois apesar de um ser bem mais jovem, o semblante não conseguia ser mais alegre do que o do idoso, que falava na solidão.

Deve-se considerar o momento vivido pelo indivíduo, pois, muitas vezes, no seu silêncio, ele consegue expressar mais do que na sua fala. Acredita-se que o sofrimento nem sempre é verbalizado, mas sempre é sentido e expressado não verbalmente. Esta foi uma experiência vivenciada quando esses sujeitos respondiam à entrevista. Concorde-se com a opinião de Amorim (2000), quando refere que é preciso escutar o outro, dar voz ao outro, abrindo e estabelecendo um canal para a escuta, permitindo a essência do saber ouvir.

Como profissionais que assistem e cuidam, é preciso estabelecer uma relação terapêutica entre o ser-profissional e o ser/pessoa/doente, através do qual se deve olhar para quem se cuida e não olhar apenas para si próprio.

Em muitas situações, eles relataram que queriam apenas conversar, ter alguém a quem se reportar, alguém com quem dividir suas dúvidas, tristezas e expectativas. Na observação não-participante, também foi possível perceber que existia um paciente idoso, que vinha quase que diariamente ao serviço, passando boa parte da tarde no local a partir do que se pode imaginar que vinha em busca de algo que em outro lugar não era possível encontrar, pois ali existiam pessoas que compreendiam sua situação, pois eram iguais a ele ou eram cuidadores que estavam preparados para entendê-lo e atendê-lo.

### *Categoria 2: ALTERAÇÕES OCORRIDAS EM SUA VIDA*

As alterações sofridas pelas pessoas com estomas podem afetar sua qualidade de vida, tanto do ponto de vista biológico, como psicológico e social.

A pessoa com estoma não se sente mais capaz de levar uma vida normal (pelo menos inicialmente), tem dificuldade para se auto-cuidar, porque apresenta, em seu corpo, algo estranho que a diferencia das demais e que é fonte de sofrimento e de isolamento social. Afeta sua relação sexual com o parceiro e desencadeia uma série de limitações que tornam sua existência empobrecida.

#### AUTO-CUIDADO

Constitui-se num grande desafio para a pessoa com estoma e para seu cuidador, em domicílio, o enfrentamento do cuidado direto com o estoma, Por diversas razões, encontram-se dificuldades expressas por eles, em que se percebe que a sua reabilitação não é efetiva. A equipe de profissionais envolvida no cuidado deve repensar se está cuidando de forma adequada os pacientes ainda internados, bem como se estão preparando-os e a sua família para o enfrentamento na sociedade. Todavia, sabe-se que, na maioria das vezes, no âmbito

hospitalar, a assistência é inadequada, falta orientação precisa, o que só dificulta o processo de reinserção social da pessoa com estoma.

Segundo Nogueira et al (1994), uma das maiores dificuldades encontradas pelas pessoas com estomas é à inadequação das bolsas coletoras e a falta de habilidade em manipulá-las, pois se percebe que, mesmo após anos com estomas, ainda encontram-se dificuldades semelhantes.

*O material que uso, se surgisse uma bolsa assim, menos volumosa, que não desse muito para perceber, é que às vezes, a gente está num lugar e estão olhando para você e dá para perceber o volume e você não sabe o que é, mas fica curioso e pensa até que é uma arma, fica desconfiado (COISA DE HOMEM, sexo masculino, 21 anos, 4 anos com estoma).*

*Tenho dificuldade para trocar a bolsa de ileostomia, tenho que trocar isso muitas vezes no dia e à noite, também. Tenho dificuldade para encontrar a bolsa, aquela que dá certo, que segura, que não dá alergia. Quando encontro, são caríssimas (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).*

*Em casa a gente não tem uma boa prática, não sabe como colocar e aí solta, vaza e suja a roupa. Na rua nunca aconteceu, só encheu demais (ESPOSA, sexo masculino, 56 anos, 12 anos com estoma).*

A escolha e aquisição dos dispositivos é hoje uma preocupação para as pessoas com estomas e para seus cuidadores, pois as licitações realizadas pelo setor público, o qual é responsável pela distribuição gratuita desses materiais, não são feitas, considerando informações de pacientes e/ou familiares e/ou profissionais capacitados, como também, nem sempre, se considera a qualidade dos produtos. Na maioria das vezes, é considerado, apenas, o custo, fazendo com que os dispositivos que são padronizados, sejam de qualidade inferior. Esses achados puderam ser confirmados pela observação não-participante, quando, em vários momentos, pudemos observar as queixas relatadas sobre os dispositivos que são distribuídos pelo serviço, como os diálogos estabelecidos em sala de espera e em reuniões do serviço.

Nesses serviços, também, nem sempre se oferece opções variadas de dispositivos, sendo distribuído o mesmo tipo de material para todas as pessoas com estomas, sem levar em consideração suas necessidades específicas. Assim, não ocorre uma adaptação adequada do dispositivo para cada pessoa, obrigando-as a adquiri-los com recursos próprios, quando a situação financeira permite, através da compra externa, como se observa a seguir:

*A parte financeira pega muito. Porque a pessoa ileostomizada e que não tem condições financeiras boas, ela vai sofrer muito, é capaz de se desesperar. Você chega ao ponto que o dinheiro que você ganha só dá para o material de que usa e como você vai comer?*  
(PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).

Segundo Carvalheira (2000), através da Declaração Internacional dos Direitos das Pessoas com Estomas, essas já possuem direitos assegurados para ter uma qualidade de vida satisfatória e devem ser cumpridos em todos os países, através de orientações, cuidados adequados, acesso a equipamentos e participação em associações. Essa é uma realidade, que, apesar do esforço de alguns profissionais, ainda não faz parte da nossa realidade pois, durante a realização desta pesquisa, observou-se a existência de dispositivos inadequados e limitados, assim como, apesar de existir oficialmente uma associação local de pessoas com estomas, essa parece não estar em pleno funcionamento, ficando sem representação para lutar por seus direitos.

#### RELACIONAMENTO SEXUAL

Com as alterações sofridas pela mudança da imagem corporal, gerada pela presença do estoma, seu portador poderá apresentar alterações do ponto de vista sexual. Segundo Andrade et al (1999), a condição da pessoa com estoma implica em mudanças no estilo de vida, não só pessoal, mas também, na do seu parceiro sexual. Quando já existe uma relação estável e de companheirismo, ela tende a se manter após a confecção do estoma, mesmo sofrendo alterações, pois, ainda segundo as autoras, a sexualidade envolve não só a intimidade sexual, mas, também, aceitação e conforto. Porém, segundo resultados descritos por Souza et al

(1986), quando essa relação já está fragilizada, observa-se, na maioria dos casos, um distanciamento do casal.

São comuns os relatos de alterações da sexualidade geradas/causadas por distúrbios de auto-imagem e auto-estima. Segundo Bell (1989), a presença de um estoma acompanha-se de forte impacto na sexualidade, no papel e no funcionamento sexual por sentir-se diferente e possuidor de algo em seu corpo que não é normal, portanto, evita mostrar-se para o outro, por vergonha, medo de rejeição e por não se achar possuidor de atrativos. Corroborando estes achados, os relatos que se segue apresentam situações em que a sexualidade sofreu alterações e gerou sentimentos de inferioridade e ansiedade.

*Em relação a ter um relacionamento, se a pessoa me vê como pessoa, ela vai me aceitar, mas se ela for pensar em ter uma pessoa assim, na estética, corpinho bonitinho e tal, se for pensar nisso, infelizmente não vai dar certo (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).*

*A vida hoje é sadia, com limites, porque se eu quiser um companheiro hoje, eu tenho que saber quem é aquele companheiro para mostrar a minha intimidade, né? O meu lado. Porque é bonitinha, engraçadinha, quando está vestida, depois que tira a roupa é outro departamento, então isso aí é limitado (ALANA, sexo feminino, 45 anos, 8 anos com estoma).*

*Para o lado sexual, fica ruim, nem sempre todas aceitam então, quando não aceitam, me sinto uma pessoa com problema de inferioridade. É das coisas que eu sinto mais, que eu sinto como se diz: a maior das deficiências, porque a maior parte das pessoas, das mulheres, não aceita isso (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).*

*Tenho muita vontade de namorar, muita vontade de amar muito, fazer muito amor, então (não completou) para mim, é quase que tudo normal (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).*

A pessoa com estoma e o(a) parceiro(a) sofrem mudanças importantes nas atividades / relacionamentos sexuais, demonstrando a necessidade de ter ajuda profissional, que possam dar respostas para seus questionamentos e, também, ajudar no fortalecimento da própria

aceitação da pessoa com estoma e do parceiro para promover uma adequada qualidade de vida, pois os distúrbios da sexualidade contituem-se em mais uma fonte de dificuldade para a sua reinserção social.

Segundo Bandeira (1997), as pessoas com estomas apresentam disfunção eretiva, se houve secção de artérias e nervos, até interferência no relacionamento sexual proveniente da ansiedade pela antecipação quanto ao fracasso sexual e em relação à auto-imagem. Corroborando essa idéia, Freitas (1994) refere que o estoma gera alterações na anatomia da pessoa e pode favorecer ao surgimento de barreiras psicológicas e dificuldades sexuais. Concordando-se com a autora, apreende-se que, nos discursos dos sujeitos, a dificuldade sexual associa-se não só à auto-imagem, mas também, à ansiedade gerada pela expectativa da aceitação e/ou rejeição pelo outro.

#### LIMITAÇÕES

Dentre as várias alterações geradas pela presença do estoma, existe uma muito freqüente, que é a limitação física. Segundo Santos (1992), a eliminação de odores pode levar ao isolamento, pelo medo da marginalização social que, muitas vezes, são situações provocadas não só a partir dos outros mas, freqüentemente, pelo próprio paciente, como pode ser confirmado pelas falas a seguir:

*Com essa colostomia, eu não posso fazer nada do que quero, não posso estar em qualquer ambiente, por causa do mau cheiro (PROBLEMA, sexo masculino, 26 anos, 3 anos com estoma).*

*Tenho um sonho de parir e hoje não posso, aí já trabalhei com a minha mente e, se Deus permitir, vou adotar (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).*

Entre outras alterações, Santos (1992) cita que existem algumas que podem acarretar incapacidades para certas situações, como o insucesso do retorno ao trabalho e outras atividades e, nesta pesquisa, estão os depoimentos que reforçam essa citação:

*Só não posso pegar peso. Com respeito a trabalho, a médica disse que eu não poderia mais trabalhar, mas poderia fazer alguma coisa assim, leve. Com respeito a pegar peso, é que não posso mesmo* (MANGA, sexo feminino, 35 anos, 3 anos com estoma).

*Eu procuro pegar menos peso, não sei, o médico diz que não faz mal, mas eu procuro pegar menos peso* (COISA DE HOMEM, sexo masculino, 21 anos, 4 anos com estoma).

A pessoa com estoma, necessariamente, não precisa parar de trabalhar. O que acontece é uma limitação para algumas atividades, como pegar peso ou realizar trabalhos que exijam um confronto direto, pelo receio de um trauma físico. Entretanto, alguns aproveitam-se dessa situação para tentar aposentar-se, mesmo que ainda possuam condições para trabalhar.

Existe, também, a discriminação social e, por conta disso, a pessoa com estoma, não consegue se reinserir no ambiente de trabalho. Oliveira e Nakano (2000) referem que a pessoa com estoma é deixada à margem do mercado de trabalho, pois a nossa sociedade não lhe credita a capacidade produtiva. Durante as entrevistas, encontraram-se alguns relatos de dificuldade em retornar ao mercado de trabalho por conta de sua situação de estomizado, na maioria creditada pelo próprio indivíduo, como segue:

*Trabalho, dar um passeio, é diferente. Tive dificuldade no trabalho, não consegui. Trabalho de biscate, que não é todo dia, nem toda hora. Está dificultando só no trabalho* (TRABALHO, sexo masculino, 25 anos, 3 anos com estoma).

*A estomia me traz problemas, me empata de trabalhar, me empata um bocado de coisa a colostomia* (PROBLEMA, sexo masculino, 26 anos, 3 anos com estoma).

*Eu não estou trabalhando, me desempreguei* (ESPOSA, sexo masculino, 56 anos, 12 anos com estoma).

Sabe-se que, para as pessoas com estoma, a dieta irá influenciar diretamente na quantidade e consistência das fezes, na formação de gases; na diarreia ou prisão de ventre e até mesmo no odor. Considerando que a alimentação é muito importante para a recuperação

da saúde e para o conforto do indivíduo se faz necessário ajustá-la para um melhor funcionamento do estoma. Muitas vezes, é preciso que sejam excluídos do cardápio, alimentos que antes faziam parte do seu cotidiano, o que interfere, ainda mais, em sua vida, como evidenciaram nas falas:

*[...] se me alimentar, eu tenho que ir embora porque a colostomia pode produzir* (BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).

*Se vou a um casamento, se vou para uma festa, evito comer comida que solte as fezes, como mais maçã, coisa que prenda. Sei que farinha me dá diarreia, não como farinha. Só como no dia que vou ficar em casa, dois a três dias, aí eu como para fazer uma limpeza na bolsa, no intestino, não é?* (CHOCOLATE, sexo feminino, 50 anos, 3 anos com estoma).

*Tenho problema com a alimentação, tudo que eu como passa direto. Eu evito comer muitas coisas porque me provoca gases, me provoca diarreia, então na parte alimentar, eu sofro muito também* (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).

Existem limitações reais que, de acordo com Wilson (1981), são impostas pela própria cirurgia e irreais, criadas pela própria pessoa com estoma, as quais variam de acordo com sua adaptação e seus mecanismos de defesa e, essa imagem, pode ser real ou irreal, a depender do momento vivido por ela. Como exemplo claro desse discurso, está o seguinte relato:

*Eu gostava de nadar em piscina, não é possível, só se eu construir uma piscina só para mim, só se eu ganhar na loteria. Eu gosto de tomar aquele banho de mar, [...] eu não posso, porque é sujeito a bolsa sair e pensar que é carne e vir um peixe e crau!* (CAFÉ, sexo masculino, 45 anos, 1 ano e 6 meses com estoma).

Concorda-se com o autor supra citado, quando coloca que, se a imagem corporal idealizada estiver em discordância com a imagem real, poderão surgir os conflitos. Obteve-se dos sujeitos relatos semelhantes, sendo que em seus discursos, a percepção da sua imagem corporal estava mais associada à percepção e aceitação do outro, o que lhe causava um certo receio.

*A praia tenho que me resguardar, porque uns aceitam outros não, e é um local público, então tenho que entender, né?* (ALANA, sexo feminino, 45 anos, 8 anos com estoma).

*Não vou, me recuso a ir à praia, alguém vai, mas eu não gosto de ir à praia* (ESPOSA, sexo masculino, 56 anos, 12 anos com estoma).

*Minha vida de estomizado mudou [...], pois eu não posso andar a vontade assim, por exemplo: tipo na praia, sem camisa, essas coisas que sou homem* (COISA DE HOMEM, sexo masculino, 21 anos, 4 anos com estoma).

*Para poder ir à praia, para viajar, ir a festa, passeio, coisas demoradas, eu tenho dificuldade* (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).

Para Harocopos (1994), não existe razão para que as pessoas com estomas não desfrutem de viagens, devem apenas se precaver de uma quantidade maior de dispositivos; não existe restrição para banhos em piscina e mar, apenas devem reforçar os contornos dos dispositivos.

Segundo Boccardo et al (1995), o receio das pessoas com estomas para o retorno às suas atividades normais em relação ao trabalho, quando associado ao esforço físico, pode-se dar por conta do medo de desencadear a formação de hérnias periestomais e, quanto ao retorno ao lazer, existe uma série de justificativas, tais como: auto-imagem, insegurança, problemas físicos, dificuldades para higienização das bolsas e vergonha. Da mesma maneira, em relação à dieta e alimentação que causam desconforto, receio e vergonha de estar em público, pelo odor provocado. Com os resultados apreendidos nesta sub-categoria, observa-se que as limitações são muitas devido a sua nova condição de vida que, em determinadas situações, são impostas muito mais pelo meio em que se inserem, uma vez que, ao se considerarem diferentes e se isolarem socialmente por medo, receio da rejeição, têm dificuldades em reintegrarem-se, ou mesmo, aproximarem-se dos hábitos de vida anteriores.

### *Categoria 3: REINSERÇÃO NA SOCIEDADE*

Uma pessoa com estoma pode defrontar-se com duas situações: ela poderá ser ou não aceita pela sociedade e, a depender destas, a reação apresentada por ela será positiva ou negativa. Oliveira e Nakano (2000) relatam que se vive em uma sociedade na qual os tabus, em relação ao ânus, são latentes e que, ao deparar-se com o estoma, o indivíduo é tomado pela sensação de ser diferente porque o caminho percorrido pelo conteúdo intestinal de uma pessoa com estoma é realmente diferente do das demais pessoas. A partir do momento em que retorna ao seu meio, ele vivenciará profundas modificações, travando uma árdua luta para sobreviver com a nova situação. Com isso, poderá ou não se sentir efetivamente reinserido na sociedade.

Acredita-se que, para o alcance da reabilitação da pessoa com estoma, faz-se necessário não só a ajuda de profissionais de equipe multiprofissional, mas também, do apoio familiar e de grupos de auto-ajuda. Somente eles, através de reuniões, com o mesmo objetivo, que deve ser comum a todos os elementos que a compõem, saberão como melhor conduzi-los e ajudá-los nesse processo. Segundo Campos (2000), o grupo de auto-ajuda propõe-se a trocar experiência, partilhar emoções e problemas comuns, podendo servir de suporte a cada elemento do grupo, já que se sabe que o fato de não estar sozinho em determinada situação, gera no indivíduo uma sensação positiva.

As falas dos sujeitos da pesquisa permitiram subdividir esta categoria em subcategorias, através das quais se pode claramente demonstrar quando o indivíduo é ou não aceito socialmente.

#### ACOLHIMENTO

Sabe-se que a família é a base para uma vida tranqüila, seja como apoio e/ou como segurança. Segundo Ackerman (1986), deve existir uma interação entre os membros da

família e seus respectivos papéis familiares, o que determinará a qualidade da estabilidade nas relações familiares e, o que pode favorecer à restauração do equilíbrio emocional da pessoa após o transtorno causado pela cirurgia mutiladora (estoma).

Segundo Petuco (1998), grande parte do sucesso da recuperação das pessoas com estomas depende da família por ser o primeiro grupo social em que se insere, sendo, portanto, o diferencial para sua reinserção. Ainda relata que, quando há cooperação, apoio e envolvimento nas decisões familiares e sociais, estimula-se a autoconfiança e o seu desenvolvimento, facilitando, assim, sua reinserção social.

Quando se encontram relatos de apoio familiar e de amigos, encontram-se, também, pessoas com estomas mais reintegradas socialmente, o que reitera o fato de que a ajuda de familiares e de amigos é de fundamental importância para sua reinserção.

*A minha família é tudo normal, principalmente a minha esposa, que morreu há dez meses. Meus filhos também já sabem que sou assim e acho que vivo bem com minha família, eles me apóiam, ajudam. Os amigos, uns sabem, outros não sabem. Eles vivem junto comigo. Nunca tive problema de recusa (ESPOSA, sexo masculino, 56 anos, 12 anos com estoma).*

*Todo mundo me trata bem, é a mesma coisa, não tem nada de diferença, minha mãe me bota para cima, minhas irmãs, meus irmãos, os vizinhos, uma amigona que eu tenho lá, um amigão me bota para cima quando me vê chorando, vem me consola, eles me dão muita força (ROSA VERMELHA, sexo feminino, 44 anos, 2 anos com estoma).*

*Eu passei a ter bastante consolo, bastante amparo por parte da minha família, por parte de colegas, por parte de irmãos. Meu marido aceitou muitíssimo bem, ele tem o maior cuidado comigo, maior carinho. Meus filhos também, minha família, meus vizinhos, todo mundo (MANGA, sexo feminino, 35 anos, 3 anos com estoma).*

*Minha vida continua a mesma coisa, mesmo a família não tem diferença nenhuma, entendeu? minha família aceita, eu converso com elas, elas sabem o problema, elas aceitam e ajudam (IDOSA, sexo feminino, 73 anos, 2 anos com estoma).*

*Meus amigos é a mesma coisa, minha família é a mesma coisa, continua o mesmo ritmo quando vou procurar.* (CORTADO, sexo masculino, 61 anos, 2 anos com estoma).

A esse respeito, Bandeira (1997) relata, em sua pesquisa, que a família tem um papel fundamental e que, comprometidos uns com os outros, formam elos que ajudam a enfrentar crises existenciais, principalmente, quando elas são relacionadas à saúde, em que todos os membros ficam afetados. Portanto, havendo ajuda e compreensão, o indivíduo sentir-se-á gratificado e fortalecido, contribuindo para seu restabelecimento. O mesmo vale para os amigos, pois o restabelecimento da vida social vai depender muito da receptividade encontrada no grupo.

#### REJEIÇÃO

Para muitos, a condição de ter um estoma é difícil de ser entendida e aceita e a inaceitação evidencia a necessidade da ajuda de que precisam, principalmente, por parte de familiares e amigos. Bandeira (1997) afirma que o apoio familiar propociona o ajuste social, garantindo a adaptação deste indivíduo voltada às necessidades emocionais e biológicas e que, quando este lhe falta, desencadeia-se um afastamento, muitas vezes caracterizado por solidão, como se pode apreender destas falas:

*Do lado dos amigos, mudou um pouco, porque eu saia final de semana com os amigos, eu tomava aquela cervejinha. A gente batia papo, jogava bola e eu já não posso fazer isso. Os amigos continuam fazendo e quer dizer que eu fiquei para trás* (CAFÉ, sexo masculino, 45 anos, 1 ano e 6 meses com estoma).

*É limitado, família e família. Aqueles que sabem, são conservadores e aqueles que não sabem, eu procurei me informar se soubessem o que aconteceria, então preferi omitir* (ALANA, sexo feminino, 45 anos, 8 anos com estoma).

*São poucas que aceitam isso, só aceita como se diz, em último caso e mesmo assim tem aquelas pessoas que aceitam e depois vem assim àquela revolta* (PREOCUPADO, sexo masculino, 51 anos, 25 anos com estoma).

Assim, a pessoa com estoma precisa de ajuda para se adaptar à sua nova situação e, para que isso ocorra, faz-se necessária a aceitação familiar e social. Naturalmente que, para ser aceito, ele tem que se aceitar e é nesse processo que deve contar com o apoio de todos, desde o profissional até o familiar e os amigos. Tem-se que assegurar o direito de igualdade de todo cidadão e partir do pensamento de que toda pessoa com estoma é um indivíduo que necessita de assistência e apoio. Ele tem, portanto, o direito de ser reintegrado socialmente.

#### *Categoria 4: SUPORTE RELIGIOSO*

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que, em seu processo de enfrentamento à nova situação gerada pelo estoma, os entrevistados buscavam a fé em Deus e o suporte religioso como alento para a sua nova condição de vida. Vários foram os relatos em que eram depositadas em Deus as esperanças, os agradecimentos e as angústias desse novo processo de existência através de sentimentos, como a resignação e a esperança de uma vida digna.

#### RESIGNAÇÃO E ESPERANÇA

Incidiu entre as falas a idéia de entrega, de resignação, projetando em Deus tudo o que aconteceu e depositando nele todas as expectativas de vida. Relatos como esses, foram encontrados nos trabalhos de Du Gás (1998), quando referiu que as crenças espirituais ajudam o cliente no processo de aceitação da doença e, nos trabalhos de Fonseca (2003), onde fala que muitas das pessoas, ao adoecerem, voltam-se efetivamente para a religião, em busca de conforto.

*Graças ao meu bom Deus, eu me tranqüilizo com o que tenho, sei que meu espírito é saudável, meu corpo não, entendeu? Vou buscando a Deus e não vou sair do meu mundo tão cedo”(BANANA, sexo feminino, 35 anos, 4 anos com estoma).*

*Então, se Deus me deu essa condição de viver um pouco mais assim, eu vou vivendo até que ele ache que deve. [...] Estou contente e espero*

*que Deus me recupere cada dia mais (CAFÉ, sexo masculino, 45 anos, 1 ano e 6 meses com estoma).*

*Se aconteceu, foi da vontade de Deus , o Senhor consentiu e nós temos que encarar com realidade e levar a vida para frente. [...] Deus acima de tudo (CHOCOLATE, sexo feminino, 50 anos, 3 anos com estoma).*

*[...] meu Deus é o Pai e vai me sustentar com a força de Deus. [...] deixa aí como Deus quis (ROÇA, sexo masculino, 49 anos, 3 anos com estoma).*

Em outras falas, expressaram depositar em Deus toda a sua esperança de vida e de melhora. Segundo Belland e Passos (1979), as pessoas, ao se verem doentes, voltam-se para a religião em busca de apoio e conforto e é, na verdade, na religião e em sua fé, que encontram o apoio que reforça para eles a perspectiva de vida.

*Graças a Deus, só não pode abaixar a cabeça, andar sempre para frente que lutando, devagarzinho, Deus ajuda e a gente consegue ficar bom. Se não ficar bom, também tem que pedir a Deus (TRABALHO, sexo masculino, 25 anos, 3 anos com estoma).*

*Agradeço a Deus, estar tudo bom e a todo mundo que reúne comigo, para mim está tudo bom, graças a Deus. Procuvo viver normal, pois tenho a igreja. Procuvo viver na igreja e procuro dialogar no fim de semana na igreja (SOLIDÃO, sexo masculino, 61 anos, 2 anos com estoma).*

*Eu gosto de uma igreja católica e gosto da igreja de Deus, de crente e eu vou nessas igrejas todas e todo dia converso com Jesus e eu quero que ele mude minha vida (ROSA VERMELHA, sexo feminino, 44 anos, 2 anos com estoma).*

*[...] não deve perder a esperança e confiar em uma pessoa, né? Confiar principalmente em Deus. Deve colocar ele na frente de tudo e saber que tudo isso vai ser por pouco tempo, só isso (MANGA, sexo feminino, 35 anos, 3 anos com estoma).*

Relatos como esses foram encontrados, também, por Rodrigues (1989) e confirmam que o conforto pode ser dado pelos líderes religiosos da comunidade do paciente. O que se apreende desses discursos é que, na igreja, as pessoas os aceitam e escutam e se sabe que a arte de ouvir é tão ou mais importante quanto a de falar. Na realidade, eles gostariam é de ter

alguém que os ouvisse e os respeitasse como ser humano normal e, nas igrejas, eles encontram força, coragem, aceitação e liberdade de ir e vir como lhes é garantido em seus direitos. Por fim, apreende-se que a Fé, Deus e a Igreja são, em muitas situações, a chance para retornarem à vida em sociedade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados deste estudo, apreende-se que o estoma desencadeia no indivíduo desajustes bio-psico-socio-espirituais, os quais, se não detectados precocemente e tratados adequadamente, irão interferir no processo de adaptação e reinserção social, principalmente, quando associados a doenças, como o câncer, que está intimamente relacionado à dor, ao sofrimento e à incertezas quanto ao futuro. Porém, todas essas situações necessitam ser enfrentadas, para que se adaptem e possam, assim, retornar à sua vida com qualidade, assegurando o sucesso do tratamento e a aceitação social.

Para isso, faz-se necessário que o paciente e a família tenham motivação e interesse em participar do ensino sobre as orientações adequadas ao seu auto-cuidado, o que irá tornar mais fácil sua reabilitação e reinserção social. Acredita-se que o ponto de partida para a sua independência é o desenvolvimento do auto-cuidado, fazendo com que se sinta seguro, de modo a retornar à vida normal em sociedade.

Diante dos achados deste trabalho, pode-se apreender que grande parte dos sujeitos da pesquisa não retornaram às atividades da vida diária, desenvolvidas anteriormente ao ato cirúrgico, embora já tenha passado mais de um ano de operados, demonstrando que, mesmo após decorrido esse tempo, sua reinserção social está ancorada em dificuldades que esta nova situação de tornar-se estomizado lhes trouxe. Dificuldades estas que vão desde as adaptações físicas à aquisição de dispositivos adequados e suficientes para cada situação e, acima de tudo, às seqüelas psico-sociais, levando-os a uma incapacidade de retornar à condição anterior e de conseguir a reinserção social.

No processo de ensino para uma readaptação familiar e social, faz-se necessário mostrar às pessoas com estomas e aos seus familiares que a presença do estoma em seu corpo

não representa o fim da vida mas o início de uma nova fase, mesmo tendo consciência das dificuldades que terão que enfrentar. Segundo Santos (1992), o estoma precisa ser encarado como o resultado do processo de cura e não como uma doença ou deficiência.

Sabe-se que o assunto relativo às dejeções é, ainda, cheio de tabus e repulsa, fazendo com que, quando mencionados, sejam tratados como coisa desagradável. Por isso, se torna, mais difícil enfrentar essa situação, uma vez que se trata de assunto privado, que passa a ser de domínio público, podendo desencadear situações de rejeição e discriminação. Nesse caso, Rodrigues (1989) refere que as necessidades psicossociais de auto-imagem e de auto-estima estarão muito mais evidentes, pois as excreções saem agora pelo abdome, fazendo com que as pessoas com estomas sintam-se completamente diferentes das demais.

O indivíduo, assim como seus familiares, precisam de tempo para assimilar tal situação, tempo esse que é variável e vai-se ajustando conforme o indivíduo vai-se adaptando à nova realidade e, durante esse período, pode-se esperar diversas alterações, como: depressão, ansiedade, dificuldades, agressividade, preocupações, dentre outras. Por isso, o processo de reinserção social é bastante complexo e requer, acima de tudo, não só a participação do próprio paciente e família, mas, também, a participação e colaboração da equipe multidisciplinar e da sociedade como um todo.

Apreende-se que, em determinadas situações, algumas pessoas com estomas se envolvem excessivamente com o odor e se encontram psicologicamente incapacitadas para utilizar outro ambiente que não o seu. Quanto às relações sexuais, sabe-se que a comunicação entre os parceiros é de fundamental importância, porém o fato das pessoas com estomas se preocuparem em apresentar-se com menos atrativos aos seus parceiros, o que é compreensível, favorece seu isolamento e, conseqüentemente, sua dificuldade em reinserir-se na vida social que tinha antes da realização do estoma.

Segundo Boccardo et al (1995), o estoma representa, em muitas situações, um custo para a saúde do indivíduo, pois exige que ele desenvolva um processo de reconstrução de sua identidade pessoal, passando por um processo profundo de reformulação na sua imagem corporal. Acredita-se que, somente dessa forma as pessoas com estomas poderão conseguir atingir um nível adequado de reabilitação, podendo voltar a assumir suas atividades anteriores à doença e à cirurgia, mesmo com algumas limitações, porém o mais próximo possível do normal.

Assim, as representações sociais apreendidas das pessoas com estomas intestinais permanentes, sobre sua reinserção social, estão ancoradas em alterações que ocorrem nas áreas biológica, psicoafetiva, econômica e sociocultural, apresentando importantes conseqüências, como a ausência de oportunidade de trabalho, ainda que as pessoas possuam o vigor físico e estejam em fase produtiva. Além disso, são vítimas de discriminação e rejeição social, levando-os ao isolamento e distanciamento, talvez, pela auto-rejeição e baixo auto-estima. Essas representações estão ancoradas, também, nas reações emanadas pela sociedade que, normalmente, são negativas, demonstrando estranheza pelo diferente, que introjeta essa rejeição e se afasta dos ambientes onde sabe que não é compreendido, dificultando, assim, sua reinserção social.

Os achados desta pesquisa, em algumas situações, causou surpresa, pois encontrou-se homens mais preocupados com seu auto-cuidado do que as mulheres e isso parece demonstrar que eles são mais preocupados com a saúde do que elas que se preocupam mais com o aspecto exterior do seu corpo devido ao reflexo que este representa no meio social. Isto, talvez, se deva ao fato de serem freqüentemente abandonadas por seus parceiros quando apresentam, em muitas situações de doença, alguma alteração que as faça parecer “anos mais” e por isso elas se auto-discriminam e se isolam. Outro aspecto que causou surpresa foi o índice elevado de afastamento do trabalho dessas pessoas, o que representa também dificuldade de reinserção

social, muitas vezes, desencadeada pela própria pessoa com estoma que prefere pedir sua aposentadoria por invalidez, a que tem direito, a enfrentar as possíveis e prováveis discriminações que podem advir do ambiente de trabalho.

Assim, dos métodos de apreensão do objeto utilizados nesta pesquisa (análise fatorial de correspondência, análise temática e relato diário de campo) pode-se apreender que as representações sociais das pessoas com estomas intestinais permanentes, em relação à sua reinserção social, são difíceis, traumáticas e ancoradas pela rejeição e discriminação por parte da sociedade, levando essas pessoas ao isolamento, uma vez que, não estando a população preparada para conviver com alguém que traz “algo estranho” em seu corpo, se desencadeia, nessa sociedade, uma reação de nojo, pena, repulsa e exclusão.

Segundo Boccardo; Nogueira e Santos (1995), a reinserção social é um desafio para a pessoa com estoma, na medida em que sua presença representa uma agressão à sua integridade física e, conseqüentemente, psíquica, podendo haver severas repercussões nos planos da imagem corporal e do autoconceito. Este fato é extrapolado para a sociedade que, por conta disso, os segrega.

Nesse sentido, acredita-se que, com esta pesquisa, foi possível apreender as representações sociais das pessoas com estomas intestinais permanentes, em relação à sua reinserção social, como sendo difícil por não ser aceito no contexto social e, portanto, ser rechaçado, o que dificulta ou impede sua reintegração na família e na sociedade. O fato de ser possuidor de um estoma que o torna diferente, estranho até para os demais, transtorna sua vida tanto física quanto psíquica e socialmente. No entanto, contraditoriamente, o mesmo estoma que o estigmatiza é o que representa para ele possibilidade de sobrevivência. Assim, pode-se dizer que a dificuldade de reinserção social da pessoa com estoma, em muitas situações, está representada muito mais pela sua auto-rejeição do que por uma não aceitação social.

## 6. REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. ; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.
- ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- AMORIM, E. F. Estoma e Câncer: o desafio do enfrentamento. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 19, p. 355-366.
- ANDRADE, V.; FERREIRA, A. M.; BARCO, R. dos S.; SANTOS, V. L. C. de G. A sexualidade do ostomizado na visão do parceiro. **Rev. Paul. de Enf.**, v.18, n.1/3, p.35-49, 1999.
- BANDEIRA, M. N. C. **O ostomizado e as circunstâncias de adaptação da sua vida no domicílio**. 1997. 80f. Dissertação – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELL, N. Sexuality and the ostomist. **Nurs. Times**, v. 85, n.5, p. 28-30, 1989.
- BELLAND, J. L.; PASSOS, J. Y. **A Enfermagem na reabilitação**. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. 3ª ed., São Paulo, E. P. U., 1979, v. 3, cap. 18, p. 155-75.
- BENEDINI, Z. **Pesquisando para educar: A “Pedagogia do Estomizado” e a prática da visita domiciliária**. 1993. 112p. Tese – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1993.
- BOCCARDO, L. M.; NOGUEIRA, S. A.; SANTOS, E. Aspectos da reinserção social do ostomizado. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 29, n. 1, p. 59-71, abr. 1995.
- BOMFIM, Z. A. C.; ALMEIDA, S. F. C. Representação Social: conceituação, dimensão e funções. **Rev. de Psicologia**, v. 9 (1/2), v. 10 (1/2), p.51-74, Jan/Dez, 1991/92.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v. 4, p. 15-25, 1996.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Princípios e práticas de reabilitação. In:\_\_\_\_\_. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990, cap. 14, p. 202-227.
- CAMPOS, E. M. P. Suporte Social: da teoria à prática. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 16, p. 291-302.

CARVALHEIRA, C. A realidade das associações de ostomizados no País. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 16, p. 303-315.

CARVALHEIRA, C. A. (org) **Ainda posso levar uma vida normal?**. Rio de Janeiro: News Eventos & Pomoções, 1999, 2ª ed

CESARETTI, I. U. R. **Caracterização dos pacientes portadores de esomas intestinais atendidos no ambulatório da Escola Paulista de Medicina**. 1993. 110p. Dissertação – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1993.

CESARETTI, I. U. R.; MARANHÃO, A. M. S. A. A prática de higiene da ostomia intestinal e pele periestoma no cotidiano da pessoa ostomizada. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 56-62, 1998.

CESARETTI, I. U. R.; TANAKA, L. H.; FILIPPIN, M. J. Serviços de Assistência em Estomaterapia: aspectos filosóficos e organizacionais. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 16, p. 316-325.

CESARETTI, I. U. R.; LEITE, M. das G. Bases para o cuidar em Estomaterapia. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 02, p. 19-37.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 7ª ed., Lisboa: Damaia, 1989.

COUTINHO, M, da P. de L. **Depressão infantil**: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária, 2001, 215p.

CREMA, E.; SILVA, R. (org), et al. **Estomas**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Pinti, 1997.

DU GAS, B. W. **Enfermagem Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

ENGLERT, G. Ajustando o modo de viver. In: **Ainda posso levar uma vida normal?**. Rio de Janeiro: News Eventos & Pomoções, 1999, cap. 2, p. 19-22, 2ª ed.

Estatuto da Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST, 1997). Disponível em: <http://www.sobest.org.br>. acessado em: 16 nov. 2004.

FONSECA, A. C. **Imagem corporal de mulheres colostomizadas**. 2003. 86f. Dissertação – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FREEDMAN, R. **Meu corpo... meu espelho**: aprendendo a conviver com seu corpo, a aceitar seu visual e a gostar cada vez mais de você. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.

FREITAS, M. R. I. **Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva**. 1994. 106f. Dissertação – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1994.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa em ciências sociais. 2ª ed., Rio de Janeiro: Record, 1998.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org). **Textos em representações sociais**. 4ª ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

HABR-GAMA, A.; ARAÚJO, S. E. A. Estomas Intestinais: Aspectos conceituais e técnicos. In: **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 03, p. 39 -54.

HAINES J. Ostomia significa viver. In: CARVALHEIRA, C. A. (org) **Ainda posso levar uma vida normal?**. Rio de Janeiro: News Eventos & Pomoções, 1999, 2ª ed, cap. 12, p. 179-182.

HAROCOPOS, C. Colostomia: cuidados de enfermería. In: ORTIZ, H. H.; RAGUE, J. M.; FOULKES, B. **Indicaciones y cuidados e los estomas**. Barcelona: Espanha: JIMS, 1994, cap. 5, p. 132-148.

HASHIMOTO, H.; GUEDES, S. L.; PEREIRA, V. C.; SANTOS, V. L. C. G.; KIMURA, M.; SOUSA JR A. H. S. O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan. **Rev. Brás. Coloproctologia**, 1996; 16(supl 1): 74. (resumo).

HOOGLAND, H.; AGUILERA, R. G. S.; LOPEZ, J. P.; ALDOSA, R. M. R. Estomas Urológicos. In: ORTIZ, H. H.; RAGUE, J. M.; FOULKES, B. **Indicaciones y cuidados e los estomas**. Barcelona: Espanha: JIMS, 1994, cap. 10, p. 247-270.

HORTA, W. de A. Da necessidade de se conceituar enfermagem. **Revista Enfermagem em Novas Dimensões**, v.1, n. 1, p. 5-7, mar/abr, 1975.

HUF, D. D. A. **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

IZZO H. **Convivendo com a velhice: efeitos da atividade física grupal no bem estar físico e psicológico dos idosos**. 1992. 133f. Dissertação – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

JODELET, D. (org); ULUP, L. (tradutora). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

LACUEVA, A. M. Câmbios em la imagen corporal Del ostomizado. In: ORTIZ, H. H.; RAGUE, J. M.; FOULKES, B. **Indicaciones y cuidados e los estomas**. Barcelona: Espanha: JIMS, 1994, cap. 16, p. 355-358.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**, 2ª ed., São Paulo: Atlas, 1990.

MARTINS, M. L. Princípios do cuidar da pessoa ostomizada. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 08, p. 103-112.

MICHAELIS. **Dicionário da Língua Portuguesa**, 3ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed., São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MIRANDA, C. A. S. de. **Hanseníase: o impacto da representação social e a crise identitária**. João Pessoa: Editora Universitária, 1999, 121p.

MOREIRA, A. S. P.; MORIYA, T. M. Aspectos psicossociais da epilepsia: Representações Sociais intergrupais. In: MOREIRA, A. S. P. ; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. Cap. IV, p. 205 – 214.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NÓBREGA, S. M. da; LUCENA, T. A. de. **O “menino de rua” entre a criminalidade e a exclusão social**. Trabalho de iniciação Científica – PIBIC/CNPq. Paraíba: UEPE, 2001.

NOGUEIRA, S. A.; SANTOS, E. R.; BOCCARDO, L. M.; SANTOS, V. L. C. de G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Autocuidado do ostomizado: dificuldades percebidas após a alta hospitalar. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 28, n. 3, p. 309-320, dez. 1994.

OLIVEIRA, D. V. D. de; NAKANO, T. T. Y. Reinserção social do ostomizado. In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 15, p. 279-290.

OREM, D. **Nursing concepts of practice**. 3ª ed. New York: McGraw – Hill, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, **Prevención de incapacidades y rehabilitacion**. Genebra, 1981. (Série de informes técnicos, n.668)

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. São Paulo, 2000. 170p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PETUCO, V. M. **A bolsa ou a morte, estratégias de enfrentamento utilizadas pelos estomizados de Passo Fundo**, RS. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, 1998. Dissertação (Mestrado) – Área cirúrgica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

POLIT, d> F.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p.

PRADO, W. Conhecendo e aprendendo. In: **Ainda posso levar uma vida normal?**. Rio de Janeiro: News Eventos & Pomoções, 1999, cap. 11, p. 163-178, 2ª ed.

ROCHA, E. F. **Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ética das pessoas portadoras de deficiência física**. São Paulo, 1991.323p. Dissertação (Mestrado) – Psicologia, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, M. C. Colostomia: relato de experiência vivenciada por clientes colostomizados após hospitalização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 53-59, jan/dez. 1989.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org). **Conhecimento do cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.19-95.

SÁ, C. P. de **A construção do objeto de estudo de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SALES, Z. N. **Representações Sociais do Cuidado no Diabetes Mellitus**. 2003. 157f. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade do ceará, Fortaleza, 2003.

SALTER, M. J. Some observations on body image / editorial/. **World Couc. Enterostom. Ther. J.**, v. 1, n. 2, p. 180-190, 1992.

SANTOS, V. L. C. de G. Reabilitação do ostomizado: em busca do ser saudável. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 180-190, jul/dez, 1992.

SANTOS, V. L. C. de G. **A bolsa na mediação “Estar ostomizado” – “Estar profissional”**: análise de uma estratégia pedagógica. São Paulo, 1996. 174p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SANTOS, V. C. L. G. Representações do corpo e a ostomia. . In: SANTOS, V. L. C. de G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: Cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 07, p. 89-102

SOUSA Jr, H. S.; BOCCHUNI, S. F.; HABR-GAMA, A. Ileostomia e colostomia. In: PINOTTI, H. W. (coord) **Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo**, 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 144, p. 1156-61.

SOUZA, M. C.; SOUZA Jr, M. A. S.; NAHAS, P.; HABR-GAMA, A.; NEDER, M.; PINOTTI, H. W. Mudanças na imagem corporal e alterações psicológicas em pacientes colostomizados e ileostomizados. **Rev. Col. Bras. Cir.**, XIII: 159-163, 1986.

TRENTINI, M. et al. Vivendo com um estoma: um estudo preliminar. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 22-28, jul. 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIEIRA, T. T. **Importância da imagem corporal na prática da enfermagem**. Rio de Janeiro, 1976. Tese (Livre Docência). Escola Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap. 2, p. 31-60.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. Aspectos emocionais do paciente ostomizado por câncer: uma opção pela vida. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 3, n. 1, p. 21-23, jan./jun., 1998.

WILSON, D. Changing the body's image. **Nursing Mirror**, n.2, p.38-40, 1981.

## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Projeto de pesquisa: Representações sociais de pessoas com estomas intestinais permanentes em relação à sua reinserção social

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre sua condição de estomizado permanente em relação à sua reinserção social, onde o instrumento da pesquisa é uma entrevista que será gravada e será realizada no centro de saúde em sala privativa, sendo assegurado seu anonimato e o direito de recusa em qualquer fase da investigação.

Este estudo tem como finalidade cumprir requisito do Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e busca como benefício à implementação de um programa de capacitação de profissionais para o desenvolvimento de um trabalho articulado com a família visando uma reintegração social.

Em caso de dúvida que ocorra no transcurso deste estudo, poderei contactar com a Enf<sup>a</sup> Ana Patrícia de Cerqueira Greco pelo telefone 91416849 ou 3996593.

Salvador, de 2004

---

(Assinatura do sujeito)

---

(Assinatura da pesquisadora)

APÊNDICE II -Teste de Associação Livre de Palavras

NO.-----

Idade: de 18 a 40----- de 41 a 60----- > de 60-----

Sexo: masculino----- feminino-----

Escolaridade: Até 1º grau----- 2º grau----- superior-----

ESTÍMULOS:

- 1- ESTOMA-----  
-----  
-----  
-----
- 2- VISÃO SOBRE SI MESMO-----  
-----  
-----  
-----
- 3- ACEITAÇÃO SOCIAL-----  
-----  
-----  
-----
- 4- ACEITAÇÃO DA FAMÍLIA-----  
-----  
-----  
-----
- 5- ACEITAÇÃO NO TRABALHO-----  
-----  
-----  
-----

## APÊNDICE III - Roteiro da entrevista

## I – Dados de identificação dos sujeitos

Iniciais do nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Nº de filhos \_\_\_\_\_ Com quem reside \_\_\_\_\_

Local de moradia (bairro) \_\_\_\_\_

Tempo de estomizado \_\_\_\_\_ Local do estoma \_\_\_\_\_

## II – Dados relativos ao tema em estudo

1 – O que é para o Sr (Sr<sup>a</sup>) ser portador de um estoma permanente?

2 – Quais as alterações que a confecção do estoma trouxe para sua vida? (pessoal, profissional e social).

3 – Como o Sr (Sr<sup>a</sup>) se relaciona com as pessoas após a realização do estoma? Alguma coisa modificou?



## APÊNDICE V - Caracterização dos Sujeitos da Associação Livre de Palavras

SUJEITO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
MLSR	Feminino	40 – 60 anos	2º grau
MLBS	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
RSN	Masculino	18 – 40 anos	superior
ECS	Feminino	40 - 60 anos	até 1º grau
RCM	Feminino	40 - 60 anos	até 1º grau
JTO	Feminino	40 - 60 anos	até 1º grau
DAN	Feminino	40 - 60 anos	até 1º grau
MSR	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
AGB	Masculino	40 - 60 anos	2º grau
JSS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
JSG	Feminino	40 - 60 anos	até 1º grau
IN	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
JCA	Feminino	> 60 anos	analfabeto
ASC	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
DS	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
NASO	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
NRS	Masculino	> 60 anos	até 1º grau
MCRB	Feminino	40 – 60 anos	superior
SPS	Masculino	40 – 60 anos	2º grau
ASS	Masculino	18 – 40	até 1º grau
PFS	Masculino	40 – 60 anos	2º grau
FPB	Masculino	> 60 anos	superior
VGS	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
MSLS	Feminino	40 – 60 anos	superior
JESN	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
RFS	Masculino	40 – 60 anos	2º grau
TCM	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
AFA	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
MPB	Masculino	40 – 60 anos	2º grau
JNB	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
LSL	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
GSS	Feminino	18 – 40 anos	2º grau
MQAS	Feminino	18 – 40 anos	até 1º grau
FBL	Masculino	> 60 anos	até 1º grau
EJDM	Masculino	> 60 anos	2º grau
RC	Feminino	40 – 60	até 1º grau
LADF	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
UMP	Masculino	> 60 anos	até 1º grau
ABS	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
JEC	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
WC	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
JRL	Masculino	> 60 anos	analfabeto
EAS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
JVS	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
SOS	Feminino	40 – 60 anos	analfabeto

DSS	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
AMSJ	Feminino	40 – 60 anos	2º grau
ACS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
EGA	Feminino	40 – 60 anos	2º grau
RMS	Feminino	40 – 60	até 1º grau
DS	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
RRN	Masculino	> 60 anos	até 1º grau
EA	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
JSM	Feminino	18 – 40 anos	até 1º grau
MP	Masculino	> 60 anos	até 1º grau
MCB	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
LSV	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
EFS	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
RAS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
ADS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
TSC	Feminino	18 – 40 anos	2º grau
OCS	Feminino	18 – 40 anos	2º grau
FSS	Masculino	18 – 40 anos	até 1º grau
IMSB	Feminino	40 – 60 anos	até 1º grau
ADO	Feminino	> 60 anos	até 1º grau
RO	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau
RHS	Feminino	40 – 60 anos	2º grau
JMS	Masculino	40 – 60 anos	até 1º grau

## APÊNDICE VI - Caracterização dos sujeitos – Entrevista semi-estruturada

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Religião	Ocupação	Estado civil	Nº de filhos	Reside	Moradia	Tempo ostoma	Local ostoma
LSV/Trabalho	25	M	1º grau	Católico	Biscate	Solteiro	0	Sozinho	Plataforma	3 anos	Esquerdo
SPS/Café	45	M	2º grau	Católico	Parou de trabalhar	Casado	3	Esposa	Pernambué	1 ano e 6 meses	Esquerdo
DS/Esposa	56	M	1º grau	Católico	Parou de trabalhar	Viúvo	7	Filhos	Massa randuba	12 anos	Esquerdo
EFS Rosa vermelha	44	F	Analfa beta	Católico	Nunca Trabalhou	Viúva	2	Filhos	San Martins	2 anos	Esquerdo
ADS Coisa de homem	21	M	1º grau	Católico	Marcineiro	Solteiro	0	Família	Narandiba	4 anos	Direito
TSC Banana	35	F	2º grau	Católica	Representante de cosmético	Solteira	0	Família	Brotas	4 anos	Esquerdo
FSS Problema	26	M	1º grau	Católico	Vendedor ambulante	Casado	1	Família	Pau da Lima	3 anos	Esquerdo
OCS Manga	35	F	2º grau	Test. de Jeová	Encostada	Casada	2	Família	Campinas de Pirajá	3 anos	Direito
IMSB Chocolate	50	F	1º grau	Assemb. de Deus	Parou de trabalhar	Casada	4	Família	Tancredo Neves	3 anos	Esquerdo
ADO Idosa	73	F	1º grau	Católica	Aposentada	Solteira	0	Sobrinha	Federação	2 anos	Esquerdo
RO Roça	49	M	1º grau	Católico	Roceiro	Casado	6	Família	Roça no interior	3 anos	Esquerdo
NRS Cortado	61	M	Analfabeto	Católico	Encostado	Casado	11	Família	São Gonçalo do Retiro	2 anos	Esquerdo
RHS Alana	45	F	2º grau	Católica	Aposentada	Separada	0	Mãe	Mussurunga	8 anos	Esquerdo
CJS Solidão	61	M	1º grau	Católico	Aposentado	Viúvo	3	Filha	Paripe	2 anos	Esquerdo
JMS Preocupa-do	51	M	1º grau	Católico	Dono de bar	Casado	2	Família	Barris	25 anos	Direito

## APÊNDICE VII- Banco de dados

222tripaldificl vergon1 horriv1 aceital normal2 preoc2 fedor2  
 discre2 tranqu2 normal3 discric3 discric4 fedor4 aceita4 ntrab5\*  
 231dificl aceital incom1 nojo1 aceita2 incom2 feliz2 esper2  
 aceita3 apoio3 amizad3 tranqu3 admir4 acuid4 empat4 apoio4  
 aceita5 deus5 feliz5\*  
 112incom1 acuid1 pacien1 acuid2 nerv2 aceita2 normal3 difere3  
 fescla3 vivend4 aceita4 apoio4 indif5 normal5 estran5\*  
 221filho1 preoc1 difere1 dificl vergon1 adapt2 nerv2 acuid2  
 normal3 consel3 feliz3 apoio3 normal4 fnve4 apoio4 ntrab5\*  
 221proble1 chatol depres1 horriv2 mutila2 mutila2 normal3  
 normal4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 221difere1 vidal normal2 difere2 fliber2 depend2 alimen2 deus2  
 afeto2 apoio3 corag3 normal4 apoio4 apoio4 afeto4 aceita5 afeto5  
 amizad5 apoio5\*  
 221cirurg1 tfut1 resol1 magral normal2 adapt2 vivend2 normal3  
 vida4 apoio4 adapt4 ntrab5\*  
 111dificl incom1 adapt1 pesadel aflicl acuid1 acuid2 medo2  
 inseg2 apoio2 normal3 difere3 doente3 inseg3 vivend4 normal4  
 acuid4 normal5 doente5 aceita5\*  
 122vidal aceital normal1 esper1 horriv2 aceita2 aceita2 morte3  
 discric3 legal4 apoio4 agrade4 util5 negac5\*  
 111tfut1 esper1 doente1 indepl difere2 difere2 difere2 acuid2  
 difere3 difere3 normal4 amizad4 ntrab5\*  
 221inútil1 estran1 apoio1 marido1 filho1 aceita2 deus2 apoio2  
 vivend2 aceita3 amizad3 normal3 aceita4 aceita4 ntrab5\*  
 231medo1 vivend1 susto2 apoio3 aceita3 admir3 desun4 desgosa4  
 ntrab5 medo5\*  
 231desvio1 acuid2 acuid2 orient2 aceita3 apoio3 amizad3 amizad3  
 aceita4 normal4 apoio4 ntrab5 ntrab5 proble5\*  
 231medo1 normal1 deus1 vivend1 adapt2 revolt2 aceita3 normal3  
 aceita4 aceita4 aceiat5\*  
 121nsabel bolsa1 proble1 desvio1 acuid1 vivend2 normal2 adapt2  
 indepl2 normal3 noema4 nojo4 acuid4 ntrab5\*  
 231vivend1 melhor1 vivend2 magra2 depres2\*  
 131medo1 tfut1 sofrim1 angust1 compli2 dor2 normal2 limita2  
 ntrab2 incom2 vivend3 normal3 normal4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 222vidal sobrev1 tranqu1 negac2 normal2 limita2 nsabe3 apoio4  
 normal4 susto4 horriv4 feliz4 nsabe5\*  
 122fezes1 dificl vidal espec1 bencao1 resol1 melhor2 doente2  
 depres2 depend2 limita2 limita2 legal3 dific3 fescla3 discric3  
 discric3 pena4 pena4 normal4 ntrab5\*  
 111fezes1 chatol incom1 depend1 vida2 adapt2 deus2 vida2 normal3  
 apoio3 apoio3 apoio3 apoio3 apoio4 bencao4 depend4 apoio4  
 ntrab5\*  
 122bolsa1 incom1 limital depend1 acuid1 tranqu2 limita2 incom2  
 chato2 sexual2 esper2 pena3 inseg3 pena3 discric3 apoio4 normal4  
 apoio4 acuid4 afeto4 ntrab5\*  
 133cirurg1 fezes1 bolsa1 compli1 preoc2 limita2 inseg2 incom2  
 inseg2 normal3 esper4 esper4 ntrab5\*

231cirurg1 bolsa1 normal2 acuid2 indif3 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 223fezes1 depend1 limita1 inconvl1 vidal1 trauma2 mutila2 acuid2  
 indep2 fescla3 indif3 nsabe3 preoc4 esper4 rejeit4 ntrab5\*  
 111bolsa1 tripal1 pesade2 difere2 normal3 apoio3 apoio3 normal4  
 acuid4 ntrab5\*  
 122vidal1 indepl1 prazer1 feliz1 aceita1 normal2 aceita2 resol2  
 indep2 normal3 aceita3 vivend3 normal4 aceita4 nsabe5\*  
 221bolsa1 vidal1 vidal1 insat2 isola2 angust2 feliz2 legal2 pena3  
 pena3 discrí3 nojo3 inútil3 nojo3 normal4 apoio4 aceita4 feliz4  
 apoio4 afeto4 ntrab5\*  
 121incom1 compli1 depend1 insat2 mutila2 limita2 angust2 inútil2  
 normal3 ansied4 ntrab5\*  
 122bolsa1 vergon1 nojo1 preoc1 nerv1 normal2 limita2 vergon2  
 vergon2 normal3 susto3 susto3 preoc4 ansied4 aceita4 ntrab5\*  
 111bolsa1 cirurg1 limita1 difere2 vergon2 limita2 vergon2  
 normal3 acuid3 apoio4 amizad4 apoio4 nsabe5\*  
 111medo1 cirurg1 doentel1 traumal1 bolsa1 depend1 apoio1 bolsa2  
 nojo2 inson2 morte2 compli2 rejeit2 inseq2 vergon2 rejeit3  
 apoio3 pena3 vergon3 isola3 rejeit4 discrí4 isola4 ntrab5\*  
 212mutila1 difícl1 inconvl1 aceita1 aceita1 apoio2 difícl2 negac2  
 isola2 normal3 isola3 inseq4 normal4 ncolab4 isola4 ntrab5\*  
 211vivent1 valor1 vidal1 feliz1 doentel1 apoio1 linda2 linda2  
 corag2 apoio2 medo2 feliz2 normal3 susto3 normal4 apoio4 aceita4  
 ntrab5\*  
 131bolsa1 vidal1 doentel1 acuid1 limita1 vivend2 normal2 depend2  
 limita2 amizad3 normal3 normal4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 132afeto1 vidal1 amizad1 fedor1 melhor2 acuid2 normal2 feliz2  
 normal3 apoio3 amizad3 apoio4 apoio4 afeto4 ntrab5\*  
 221tripal1 desvio1 bolsa1 proble2 normal2 dor2 normal3 indif3  
 discrí3 normal4 apoio4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 121incom1 incom1 difícl1 desvio1 útil1 vidal1 mutila2 incom2  
 limita2 vergon2 vergon2 normal3 amizad3 aceita3 normal4 apoio4  
 apoio4 acuid4 dedic4 ntrab5\*  
 131bolsa1 cirurg1 fezes1 compli1 compli1 normal2 dor2 proble2  
 exigen2 admir3 normal3 normal4 acuid4 indif4 indif4 nsabe5\*  
 121proble1 incom1 limita1 limita2 prejud2 normal3 apoio3 amizad3  
 normal4 apoio4 ntrab5\*  
 121fezes1 bolsa1 normal2 normal3 normal4 ntrab5\*  
 111bolsa1 pesadel1 mal2 difere2 limita2 normal3 apoio3 esper3  
 apoio4 apoio4 esper4 ntrab5\*  
 131sofrim1 inútil1 difere1 mal2 inútil2 fedor2 depend2 limita2  
 depres2 isola2 isola3 normal3 indif3 indif4 difere4 ncolab4  
 ntrab5\*  
 111fezes1 mutila1 desvio1 depend1 normal2 chato2 esper2 limita2  
 aliment2 vergon2 mal3 isola3 pena3 normal4 apoio4 amizad4  
 ntrab5\*  
 121difícl1 difere1 adapt1 adapt2 deus2 apoio2 sobrev2 aceita2  
 difere2 difere2 proble2 curios3 pena3 nsabe3 vivend4 apoio4  
 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 221proble1 vivend1 resol1 feliz1 horriv2 mutila2 feliz2 angust2  
 horriv3 discrí3 curios3 difere4 nojo4 ncolab4 ntrab5\*  
 221cirurg1 vidal1 mutila1 normal2 feliz2 mutila2 normal3 apoio3  
 amizad3 normal4 apoio4 apoio4 ntrab5\*

222tripal1 tripal1 desvio1 vergon1 fezes1 fific1 vergon2 vergon2  
 isola2 dific2 adapt2 normal3 normal4 apoio4 acuid4 apoio4  
 ntrab5\*  
 111proble1 estran1 estran1 mutila2 rejeit2 negac2 normal3 apoio3  
 normal4 apoio4 ntrab5\*  
 222cirurg1 alimen1 limita1 incom1 difere2 tranqu2 ansied2  
 curios3 inseq3 inseq4 normal4 ntrab5\*  
 221preoc1 fezes1 acuid1 inseq1 trauma2 mutila2 normal2 dor2  
 indif3 afeto3 afeto3 rejeit3 doente4 preoc4 apoio4 ntrab5\*  
 221vidal1 cirurg1 difere2 inútil2 isola2 isola3 medo3 difere3  
 rejeit3 normal4 rejeit4 isola4 apoio4 ntrab5\*  
 131doente1 preoc1 nsabel1 incom1 discri2 proble2 preoc2 depres3  
 preoc3 impres3 preoc4 apoio4 pena5 preoc5 afeto5\*  
 221fezes1 bolsa1 acuid1 acuid1 difere2 vergon2 descon2 normal3  
 estran3 apoio4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 211fezes1 acuid1 dific1 vergon2 chato2 normal2 normal3 normal4  
 apoio4 apoio4 normal5\*  
 231tranquil1 cirurg1 angust2 vergon2 normal2 apoio3 normal3 apoio4  
 apoio4 ntrab5\*  
 121dor1 estran1 vidal1 vida2 normal2 vida2 vivendo3 normal3  
 apoio4 apoio4 apoio4 ntrab5\*  
 111dific1 mutila1 mutila1 normal2 mutila2 empat2 dific2 normal3  
 indif3 normal4 apoio4 normal5\*  
 221fezes1 acuid1 acuid1 normal2 negac2 aflic2 negac2 normal3  
 apoio3 apoio4 normal4 ntrab5\*  
 111cirurg1 dific1 limita1 dific2 vergon2 ansied2 curios3 estran3  
 difere3 apoio4 esper4 ntrab5\*  
 111sobrev1 adapt1 medo1 aceita1 normal2 adapt2 curios3 descon3  
 normal4 medo4 adapt4 aceita5\*  
 212fezes1 fezes1 fedor1 bolsa1 esteti1 qnorm2 preoc2 sexual2  
 discre2 normal3 admir3 normal4 acuid4 normal5\*  
 212fezes1 fezes1 estran2 normal2 normal3 normal4 apoio4 acuid4  
 preoc4 ntrab5\*  
 111proble1 incom1 bolsa1 difere2 estran2 vergon2 limita2 apoio3  
 curios3 normal4 apoio4 dific5\*  
 221bolsa1 acuid1 fezes1 difere2 horriv2 vergon2 normal3 normal4  
 aceita4 apoio4 ntrab5\*  
 231fezes1 bolsa1 bolsa1 dific2 depres2 desgos2 vergon2 discri3  
 curios3 isola3 discri4 isola4 chato4 ntrab5\*  
 121deus1 doente1 fezes1 cirurg1 angust2 deus2 deus2 vergon2  
 amizad3 aceita3 aceita4 apoio4 ntrab5\*  
 222tripal1 bolsa1 fezes1 difere2 espec2 nsabe3 aceita4 acuid4  
 curios4 malic4 ntrab5\*  
 121tfut1 depend1 incom1 nojo1 bolsa1 preoc2 revolt2 estran2  
 chato2 isola3 rejeit3 indif3 rejeit4 depend4 útil4 negac4  
 nsabe5\*

## 8. ANEXOS

### ANEXO I - Importação das palavras associadas aos estímulos

TRI-DEUX Version 2.2

IMPOrtation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes

ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995

Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V

12 rue Cujas - 75005 PARIS

Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est patricia.DAT

et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera patricia.POS

et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est patricia.IMP

Position de fin des caract,ristiques 3

Nombre de lignes maximum par individu 3

Le stimulus est en fin de mot et sera report,

en fin de caract,ristiques ... la position 4

il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entr,e 68

Nombre de mots ,crits en sortie 965

Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0

seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s

D,coupage en mots termin,

Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

aceiat5	acei	1	aceita1	ace1	7	aceita2	ace2	7	aceita3
	ace3	8							
aceita4	ace4	4	aceita5	ace5	4	acuid1	acui	12	acuid2
	acu1	9							
acuid3	acu2	1	acuid4	acu3	11	adapt1	adap	3	adapt2
	ada1	8							
adapt4	ada2	2	admir3	admi	3	admir4	adm1	1	afeto1
	afet	1							
afeto2	afe1	1	afeto3	afe2	2	afeto4	afe3	4	afeto5
	afe4	2							
aflic1	afli	1	aflic2	afl1	1	agrade4	agra	1	alimen1
	alim	1							
alimen2	ali1	1	aliment2	ali2	1	amizad1	amiz	1	amizad3
	ami1	10							
amizad4	ami2	3	amizad5	ami3	1	angust1	angu	1	angust2
	ang1	5							

ansied2	ansi	2	ansied4	ans1	2	apoio1	apoi	3	apoio2
	apo1	5							
apoio3	apo2	20	apoio4	apo3	65	apoio5	apo4	1	bencao1
	benc	1							
bencao4	ben1	1	bolsa1	bols	22	bolsa2	bol1	1	chato1
	chat	2							
chato2	cha1	4	chato4	cha2	1	cirurg1	ciru	12	compl1
	comp	4							
compl2	com1	2	consel3	cons	1	corag2	cora	1	corag3
	cor1	1							
curios3	curi	7	curios4	cur1	1	dedic4	dedi	1	depend1
	depe	7							
depend2	dep1	4	depend4	dep2	2	depres1	dep3	1	depres2
	dep4	4							
depres3	dep5	1	descon2	desc	1	descon3	des1	1	desgos2
	des2	1	desgos4	des3	1	desun4	des4	1	desvio1
	des5	6	deus1	deus	2				
deus2	deu1	6	deus5	deu2	1	difere1	dife	4	difere2
	dif1	15							
difere3	dif2	6	difere4	dif3	2	dific1	dif4	11	dific2
	dif5	5							
dific3	dif6	1	dific5	dif7	1	discre2	disc	2	discri2
	dis1	1							
discri3	dis2	9	discri4	dis3	3	doente1	doen	6	doente2
	doe1	1							
doente3	doe2	1	doente4	doe3	1	doente5	doe4	1	dor1
	dor1	1							
dor2	dor1	4	empat2	empa	1	empat4	emp1	1	espec1
	espe	1							
espec2	esp1	1	esper1	esp2	2	esper2	esp3	3	esper3
	esp4	1							
esper4	esp5	5	esteti1	este	1	estran1	est1	4	estran2
	est2	3							
estran3	est3	2	estran5	est4	1	exigen2	exig	1	fedor1
	fedo	2							
fedor2	fed1	2	fedor4	fed2	1	feliz1	feli	3	feliz2
	fel1	6							
feliz3	fel2	1	feliz4	fel3	2	feliz5	fel4	1	fescla3
	fesc	3							
fezes1	feze	20	fific1	fifi	1	filho1	filh	2	fliber2
	flib	1							
fnve4	fnve	1	horriv1	horr	1	horriv2	hor1	4	horriv3
	hor2	1							
horriv4	hor3	1	impres3	impr	1	incom1	inco	13	incom2
	inc1	5							
inconv1	inc2	2	indep1	inde	2	indep2	ind1	3	indif3
	ind2	7							
indif4	ind3	3	indif5	ind4	1	insat2	insa	2	inseg1
	ins1	1							

inseg2	ins2	4	inseg3	ins3	3	inseg4	ins4	2	inson2
	ins5	1							
inútil1	inút	2	inútil2	inú1	3	inútil3	inú2	1	isola2
	isol	5							
isola3	iso1	7	isola4	iso2	4	legal2	lega	1	legal3
	leg1	1							
legal4	leg2	1	limita1	limi	7	limita2	lim1	16	linda2
	lind	2							
magra1	magr	1	magra2	mag1	1	mal2	mal2	2	mal3
	mal1	1							
malic4	mal2	1	marido1	mari	1	medo1	medo	5	medo2
	med1	2							
medo3	med2	1	medo4	med3	1	medo5	med4	1	melhor1
	melh	1							
melhor2	mel1	2	mormal2	morm	1	morte2	mor1	1	morte3
	mor2	1							
mutila1	muti	5	mutila2	mut1	10	ncolab4	ncol	3	negac2
	nega	5							
negac4	neg1	1	negac5	neg2	1	nerv1	nerv	1	nerv2
	ner1	2							
noemal4	noem	1	nojo1	nojo	3	nojo2	noj1	1	nojo3
	noj2	2							
nojo4	noj3	2	normal1	norm	2	normal2	nor1	23	normal3
	nor2	40							
normal4	nor3	35	normal5	nor4	5	nsabe1	nsab	2	nsabe3
	nsa1	4							
nsabe5	nsa2	5	ntrab2	ntra	1	ntrab5	ntr1	51	orient2
	orie	1							
pacien1	paci	1	pena3	pena	7	pena4	pen1	2	pena5
	pen2	1							
pesade1	pesa	2	pesade2	pes1	1	prazer1	praz	1	prejud2
	prej	1							
preoc1	pre1	4	preoc2	pre2	5	preoc3	pre3	1	preoc4
	pre4	5							
preoc5	pre5	1	proble1	prob	6	proble2	pro1	4	proble5
	pro2	1							
qnorm2	qnor	1	rejeit2	reje	2	rejeit3	rej1	4	rejeit4
	rej2	4							
resol1	reso	3	resol2	res1	1	revolt2	revo	2	sexual2
	sexu	2							
sobrev1	sobr	2	sobrev2	sob1	1	sofrim1	sofr	2	susto2
	sust	1							
susto3	sus1	3	susto4	sus2	1	tfut1	tfut	4	tranqu1
	tran	2							
tranqu2	tra1	3	tranqu3	tra2	1	trauma1	tra3	1	trauma2
	tra4	2							
tripa1	trip	6	util5	util	1	valor1	valo	1	vergon1
	verg	4							
vergon2	ver1	18	vergon3	ver2	1	vida1	vida	15	vida2
	vid1	4							
vida4	vid2	1	vivend1	vive	4	vivend2	viv1	5	vivend3
	viv2	2							

vivend4    viv3    3    vivendo3    viv4    1    vivent1    viv5    1    útil1  
            útil    1  
útil4        úti1    1  
Nombre de mots entr,s    965  
Nombre de mots diff,rents    241

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2

Tot. 1 2

965 518 447

100 53.7 46.3

Question 016 Position 16 Code-max. 3

Tot. 1 2 3

965 270 497 198

100 28.0 51.5 20.5

Question 017 Position 17 Code-max. 3

Tot. 1 2 3

965 710 226 29

100 73.6 23.4 3.0

## ANEXO II- Análise Fatorial de Correspondência

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995  
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V  
12 rue Cujas - 75005 PARIS  
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 74  
Le nombre total de colonnes du tableau est de 8  
Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0  
Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0  
Le nombre de lignes actives est de 74  
Le nombre de colonnes actives est de 8

M,moire disponible avant dimensionnement 469692  
M,moire restante apršs dim. fichiers secondaires 466610  
M,moire restante apršs dim. fichier principal 464242

AFC : Analyse des correspondances  
\*\*\*\*\*

Le phi-deux est de : 0.234947

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.074848  
Pourcentage du total = 31.9

Facteur 2

Valeur propre = 0.057554  
Pourcentage du total = 24.5

Facteur 3

Valeur propre = 0.049775  
Pourcentage du total = 21.2

Facteur 4

Valeur propre = 0.028081  
Pourcentage du total = 12.0

Coordonn,es factorielles (F= ) et contributions pour le facteur  
(CPF)

Lignes du tableau

\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
*--*	*--*	*--*	*--*	*--*	*--*	*--*	*--*	*--*	*--*
ace1	-338	15	-128	3	463	42	-433	65	aceita1
ace2	-229	7	-188	6	267	14	-38	0	aceita2
ace3	20	0	-256	13	-474	50	-131	7	aceita3
ace4	-279	20	-267	24	-29	0	-97	7	aceita4
ace5	97	1	352	12	-191	4	-103	2	aceita5
acui	-199	9	5	0	-41	1	138	11	acuid1
acu1	312	16	-117	3	-36	0	-323	46	acuid2
acu3	-165	6	3	0	202	13	-218	26	acuid4
ada1	-114	2	61	1	-94	2	143	8	adapt2
afe3	-260	5	-385	14	43	0	-65	1	afeto4
ami1	87	1	-187	8	-478	64	-78	3	amizad3
ang1	-123	1	-153	3	-369	19	303	23	angust2
apo1	-180	3	310	12	183	5	-58	1	apoio2
apo2	120	5	369	66	-133	10	-108	11	apoio3
apo3	-79	8	32	2	-125	28	39	5	apoio4
bols	112	5	17	0	-56	2	-37	1	bolsa1
cha1	-73	0	345	12	236	6	84	1	chato2
ciru	234	12	-47	1	-146	7	-33	1	cirurg1
comp	1085	87	-274	7	-278	9	-54	1	complil
curi	-27	0	247	10	-11	0	-3	0	curios3
depe	319	13	188	6	353	24	297	30	depend1
depl	134	1	-158	2	-313	11	-107	2	depend2
dep4	196	3	-288	8	-523	31	-464	43	depres2
des5	-127	2	-42	0	-121	2	131	5	desviol
deul	-97	1	135	3	-124	3	482	69	deus2
dife	-44	0	-113	1	-389	17	275	15	difere1
dif1	-99	3	312	35	101	4	145	16	difere2
dif2	94	1	737	79	308	16	-87	2	difere3
dif4	-124	3	193	10	145	6	-59	2	dific1
dif5	-127	1	186	4	216	6	-422	44	dific2
dis2	-406	27	-430	40	181	8	39	1	discri3
doen	304	10	493	35	-202	7	-101	3	doentel
dor1	105	1	-80	1	-480	32	133	4	dor1
esp5	1643	250	-447	24	643	58	119	3	esper4
est1	35	0	482	22	20	0	254	13	estran1
fell	-160	3	-203	6	-285	14	-155	7	feliz2
feze	-11	0	-175	15	257	37	-118	14	fezes1
hor1	-438	14	-341	11	-34	0	317	20	horriv2
inco	31	0	208	14	49	1	95	6	incom1
incl	693	45	-392	19	-107	2	-96	2	incom2
ind2	307	12	-211	8	-145	4	160	9	indif3
ins2	1608	192	-135	2	485	26	-51	1	inseg2
isol	-329	10	-274	9	28	0	-178	8	isola2
iso1	72	1	236	9	-111	2	-166	10	isola3
iso2	-123	1	104	1	-10	0	-345	24	isola4
limi	252	8	-97	2	300	18	103	4	limita1
lim1	226	15	57	1	140	9	24	0	limita2
medo	358	12	276	9	-462	30	-397	39	medol
muti	-34	0	585	41	290	12	-152	6	mutila1
mut1	16	0	-90	2	7	0	418	86	mutila2
nega	-412	16	-73	1	248	9	-101	3	negac2
nor1	-108	5	-41	1	-52	2	-23	1	normal2
nor2	-6	0	58	3	15	0	-43	4	normal3
nor3	-151	15	96	8	73	5	-30	2	normal4
nor4	-64	0	662	53	543	41	-438	48	normal5
nsa1	10	0	-821	65	573	37	243	12	nsabe3

nsa2	-61	0	-8	0	114	2	-5	0	nsabe5
ntr1	-18	0	-84	9	-53	4	24	1	ntrab5
pena	-165	4	111	2	177	6	211	15	pena3
pre1	-152	2	-249	6	-173	3	105	2	preoc1
pre2	434	17	-388	18	257	9	-213	11	preoc2
pre4	205	4	-461	26	369	19	-43	0	preoc4
prob	-49	0	290	12	-58	1	356	38	proble1
pro1	242	4	-21	0	-529	31	62	1	proble2
rej1	-148	2	139	2	-115	1	371	27	rejeit3
rej2	409	12	-206	4	275	8	466	43	rejeit4
tfut	139	1	230	5	-255	7	158	5	tfut1
trip	-608	41	-450	29	381	24	-116	4	tripa1
verg	-654	32	-613	36	399	18	-23	0	vergon1
ver1	-77	2	187	15	70	2	20	0	vergon2
vida	-117	4	-330	39	106	5	147	16	vida1
vid1	147	2	593	34	55	0	326	21	vida2
vive	81	0	-373	13	-811	73	-439	38	vivend1
viv1	16	0	-169	3	-509	36	75	1	vivend2

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

#### Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	171	70	148	68	44	7	68	29
0152	-196	80	-171	78	-51	8	-78	33
0161	53	3	494	392	286	152	-160	84
0162	-179	74	-175	92	20	1	220	300
0163	393	138	-230	61	-449	270	-352	295
0171	12	1	118	61	-160	129	66	39
0172	-342	112	-274	93	419	251	-275	192
0173	1839	523	-873	153	884	182	259	28

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*           *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme