ANA CAROLINA RODRIGUES SAVALL

REABILITAÇÃO SEXUAL PARA HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA: DA AUTO-ADAPTAÇÃO SEXUAL À INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Dissertação de Mestrado

FLORIANÓPOLIS

2008

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE - CEFID
COORDENADORIA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

REABILITAÇÃO SEXUAL PARA HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA: DA AUTO-ADAPTAÇÃO SEXUAL À INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu sensu* Mestrado em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências do Movimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso

FLORIANÓPOLIS
2008

XXXX

SAVALL, Ana Carolina Rodrigues.
Reabilitação Sexual para Homens com Lesão Medular Adquirida: da auto-adaptação sexual à intervenção terapêutica. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências do Movimento Humano – Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, 2008.

ISBN 00-0000-000-0
403p.

1. Terapia Ocupacional – Reabilitação; 2. Lesão Medular; 3. Sexualidade Humana; 4. Sexualidade – Lesão Medular. I. Título

CDD XXX

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DESPORTOS – CEFID
COORDENADORIA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação de mestrado:

REABILITAÇÃO SEXUAL PARA HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA: DA AUTO-ADAPTAÇÃO SEXUAL À INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

ELABORADO POR
Ana Carolina Rodrigues Savall

Como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências do Movimento Humano.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso _____
Orientador / Presidente

Prof. Drª. Stella Maris Michaelsen _____
Membro / UDESC

Prof. Drª. Carmita Helena Najjar Abdo _____
Membro / USP

Prof. Dr. Dennis Werner _____
Membro

Florianópolis, 11 de abril de 2008.

Dedicatória

Dedico esta dissertação...

À Ana Júlia, minha força, que me ensina a amar incondicionalmente!

À Rosita, minha segurança, que com orgulho me incentiva a dedicar!

Ao Mario, minha confiança, que acredita na minha capacidade pessoal, profissional e acadêmica!

Ao Julio, minha esperança, que me instiga a cogitar o novo!

Ao Fernando, minha formação, que me permite experimentar!

A cada um dos participantes, meus amigos, co-autores deste trabalho!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

À minha filha, sempre companheira, que soube ser compreensiva, dividindo seu tempo com este trabalho e respeitando o longo momento de dedicação.

À minha mãe, que me ensinou a dedicar com afinco e possibilitou a oportunidade de entregar-me a este trabalho.

Ao Mario, parceiro em todos os diálogos e monólogos, que diante dos comentários os escutou, dos anseios, confortou, das dúvidas, esclareceu, da empolgação, se alegrou e diante dos desabafos, fez emergir o meu potencial.

Ao meu orientador, Prof. Fernando Luiz Cardoso, que me apresentou e envolveu-me no estudo da sexualidade humana, ao mesmo tempo me concedendo autonomia e orientando, principalmente diante das diversidades e adversidades.

A cada uma das pessoas que fez parte desta pesquisa, que compartilhou comigo sua vida, intimidade, anseios, dificuldades, sempre com muito respeito a mim e a este trabalho. Sou grata a vocês, não somente pelos resultados obtidos por esta pesquisa, mas, sobretudo, pelo impacto exercido sobre minha essência pessoal e profissional.

A cada um dos profissionais que freqüentaram os encontros e seminários do grupo, trazendo um olhar diferenciado à proposta, cooperando em seu delineamento.

A todos os membros da banca examinadora, que colaboraram com uma leitura paciente e rígida sobre este trabalho em sua etapa de qualificação e que agora, na defesa, contribuem muito para sua finalização.

Ao Prof. Dr. Sebastião Iberes Lopes Melo, que me ensinou a elaborar pesquisas.

À Prof. Drª Stella Maris Michaelsen, que acreditou no trabalho desenvolvido pelo GIASA.

À Prof. Drª Carmita Helena Najjar Abdo, que em meio aos compromissos e responsabilidades, se dispôs a ser membro desta banca, contribuindo com sua ampla experiência acadêmica e profissional na área da sexualidade humana.

Ao Prof. Dr. Dennis Werner, que acompanha este trabalho desde seu esboço, me ensinando a distinguir a pesquisa da extensão e a identificar as peculiaridades dos distintos métodos.

À Rozana Aparecida da Silveira, que abraçou e se apropriou da proposta do GIASA, auxiliando-me na preparação e mediação dos encontros, compartilhando as alegrias e frustrações sendo, portanto, co-responsável por suas ações e resultados.

À Profª Thaís Beltrame Silva e as minhas irmãs de mestrado Samantha Sabbag e Caroline Sommerfeld pela confiança, indicação do meu orientador e ingresso no mestrado.

A todos os membros da família LAGESC, Fernando, Samantha, Aline, Rozana, Cinara, Gabriel, Franco, Daniela, Mariana, Caroline, Thiago e Gustavo, Cícero, Cláudia e Juliana, em especial à “velha guarda”, vocês contribuíram muito para meu crescimento acadêmico e também estabilidade emocional, sendo amigos neste momento de afastamento do meio social.

Às minhas amigas-irmãs Vanessa Juliana da Silva, meu porto seguro durante todo esse período, Simone Martorano, que me apoiou e auxiliou muito, principalmente nos primeiros anos em Floripa, e Maria Angélica Antunes Machado, que juntas desenvolvemos um excelente trabalho quando ainda éramos alunas especiais do mestrado, de onde emergiu meus contatos e possivelmente meu ingresso no mesmo, todas companheiras cujos laços afetivos foram carinhosamente cultivados.

Ao Prof. Dr. João Batista Freire, que em cada aula tocava a cada um de nós, com o qual aprendi a aprender e que afetuosamente me recebeu nas Oficinas do Jogo, propiciando-me a base qualitativa para meu estudo de pesquisa-ação. Também aos membros de seu grupo de estudo, os quais me transmitem confiança e aconchego.

A todos vocês que possibilitaram a conclusão deste trabalho, ***muito obrigada***!!!

Epígrafe

Deficiência

"Deficiente" é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

"Louco" é quem não procura ser feliz com o que possui.

"Cego" é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

"Surdo" é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão, pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

"Mudo" é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

"Paralítico" é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

"Diabético" é quem não consegue ser doce.

"Anão" é quem não sabe deixar o amor crescer.

E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

"Miseráveis" são todos que não conseguem falar com Deus.

Prof.ª Renata (Escola Flor Amarela)

Natal, 2005, família reunida, ceia, troca de presentes e... choro. Ana Júlia, à época com 8 anos, sai do quarto batendo a porta, entra na sala aos prantos e comenta entre suspiros:

- Mãe, manhê, o Rafa tá me apurrinhando!

- Mas o que aconteceu? Vocês estavam tão bem!

- Ele fica zoando da minha filha (a boneca que sua madrinha havia lhe presenteado), fica falando que ela é deficiente, que ela é muda porque não tem boca!

- E o que você fez?

- Aí, eu falei que deficiente é ele que não tem imaginação!!!

RESUMO

SAVALL, Ana Carolina R. **Reabilitação Sexual para Homens com Lesão Medular Adquirida: da auto-adaptação sexual à intervenção terapêutica.** Florianópolis: UDESC, 2008. 403p.

A pesquisa desenvolveu-se mediante três estudos. O primeiro composto por 62 homens objetivou avaliar o impacto da lesão medular sobre a sexualidade humana, buscando identificar os componentes sexuais significativamente afetados. Verificou-se alterações entre os períodos pré e pós-lesão medular: diminuição significativa da freqüência e número de parceiros sexuais; redução sensível da prática sexual de sexo anal; modificações consideráveis nas preferências sexuais por abraço, penetração vaginal, utilização de vibrador; variação no prazer advindo das zonas erógenas da boca, pescoço, pênis, coxas e pernas; alterações nas funções sexuais com redução significativa dos níveis de desejo, excitação e orgasmo, bem como disfunções erétil e ejaculatória; redução significativa na satisfação sexual, embora algumas alterações percebidas equiparam-se à população em geral. Os resultados confirmam a importância de se prestar assistência à esfera sexual desses pacientes e embasam a proposta de reabilitação sexual, servindo como indicadores. O segundo estudo composto pela mesma população objetivou analisar o aconselhamento sexual e compreender o processo de auto-adaptação sexual pós-lesão medular. Entre os resultados observou-se que menos da metade dos participantes e apenas cerca de um a cada seis parceiros recebeu algum tipo de aconselhamento sexual. Verificou-se que a auto-adaptação consiste em processo influenciado por vários fatores: idade de incidência e tempo de lesão, qualidade das informações recebidas, não sendo sempre exitoso, possuindo peculiaridades como a distinção entre presença e ausência de experiência sexual prévia à lesão. O terceiro estudo foi composto por 25 pessoas entre pesquisadores, profissionais da saúde, homens com lesão medular, parceiras e familiares objetivando elaborar proposta de reabilitação sexual que refletisse os anseios, necessidades e potencialidades da população destinada. Desenvolveu-se por meio do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada – GIASA, caracterizado por encontros semanais com 90 minutos de duração, em duas etapas: a primeira realizada entre maio e setembro de 2007 que objetivou identificar os temas pertinentes e a segunda, entre outubro e dezembro, com a finalidade de apresentar e discutir com propriedade os temas propostos pela etapa anterior e sugerir estratégias avaliadas pelos participantes. Enquanto os encontros da primeira etapa foram marcados por discussões de temas livres relacionados à sexualidade, a segunda foi composta por dois momentos: um marcado por seminário, compreendendo intervenção teórica sobre os temas previamente definidos, com posterior abertura para discussão, troca de experiências, reflexão quanto à temática e forma de abordagem, caracterizando o grupo focal; e um segundo momento, onde foram aplicadas e avaliadas as estratégias caracterizando as intervenções terapêuticas, realizadas interdisciplinarmente, procurando-se envolver os participantes ativamente como sujeitos nos processos de discussão focal e intervenção teórico-terapêutica para a resolução do problema diagnosticado e proposto por esta pesquisa. Por fim, baseando-se nas etapas do GIASA, elaborou-se a proposta de reabilitação sexual denominada Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – GSex, voltado à comunidade em geral, em especial a pessoas com deficiências físicas e/ou doenças crônicas, sendo definidos: finalidade, metodologia de ação, fundamentação teórica, princípios, funções dos membros, delineamento das ações, processo de atendimento, entre outros tópicos.

Palavras-chave: Sexualidade Humana e Adaptada. Auto-adaptação Sexual. Reabilitação Sexual. Deficiência Física. Doença Crônica. Lesão Medular. Homem.

ABSTRACT

SAVALL, Ana Carolina R. **Sexual Rehabilitation for Spinal Cord Injured Men: from sexual self-adjustment to the therapeutic intervention.** Florianópolis: UDESC, 2008. 403 pages.

The present research was developed by means of three studies. The first one, composed by 62 men, aimed to evaluate the spinal cord injury impact on human sexuality, trying to identify the significantly affected sexual components. It was possible to verify alterations between the pre and post-injury periods: frequency and number of sexual partners significant reduction; anal sex practice considerable decrease; considerable modifications in the sexual preferences for hugging, vaginal penetration, vibrator use; variation in the pleasure originated in the following erogenous zones: mouth, neck, penis, thighs and legs; alterations in the sexual functions with significant reduction of the levels of desire, arousal and ejaculatory excitement, orgasm, as well as dysfunctions; sexual satisfaction significant reduction, even though some perceived alterations are equal to the general population. The results confirm the importance of giving assistance to the sexual sphere of these patients and found the proposal of sexual rehabilitation, serving as indicator. The second study involved the same population and aimed to analyze the sexual counseling, as well as understanding the post-injury sexual self-adaptation process. Between results, it was observed that less than half of the participants and only about one sixth of the partners received some type of sexual counseling. It was verified that the self-adaptation consists of a process influenced by some factors: age of incidence and time-of-onset, quality of received information, not being always successful, possessing peculiarities, such as the distinction between presence and absence of previous sexual experience before injury. The third study was composed by 25 people among researchers, relatives, health professionals, spinal cord injured men and their partners. It aimed to elaborate a sexual rehabilitation proposal that reflects the target population yearnings, necessities and potentialities. It was developed by means of Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada - GIASA, characterized by weekly 90 minutes meetings, divided in two stages: the first one, carried through May to September 2007, aiming to identify the pertinent subjects and the second one, between October and December 2007, with the purpose of presenting and discussing the subjects mentioned in the previous stage and to suggest evaluated strategies for the participants. While the first stage meetings had been marked by the discussion of free subjects, related to the sexuality, the second was composed for two moments: the first one, marked by seminaries, involving theoretical intervention on the previously definite subjects, with posterior opening for discussion, experiences exchange, reflection about the subjects and their respective approach, characterizing the focal group; and a second moment, where strategies characterizing the therapeutical interventions were applied, assessed and carried through interdisciplinarly, trying to involve the participants actively as citizens in the processes of focal discussion and theoretician-therapeutical intervention for the resolution of the diagnosed problem and considered for this research. Finally, based on the stages of the GIASA, it was elaborated a proposal of sexual rehabilitation called Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual - GSex, generally directed to the community, and specially directed to the physically challenged people and/or chronic illnesses, being defined: purpose, action methodology, theoretical basis, principles, members' functions, actions delineation, attendance process, among others topics.

Keywords: Human Sexuality. Adapted Sexuality. Sexual Self-Adaptation. Sexual Rehabilitation. Physical Disability. Chronic Disease. Spinal Cord Injury. Men.

RESUMÉE

SAVALL, Ana Carolina R. **Réhabilitation Sexuelle pour Hommes avec Blessure Medular Acquis: de l'autoadaptation sexuelle à l'intervention thérapeutique.** Florianópolis: UDESC, 2008. 403p.

Cette recherche s'est développée moyennant trois études. Le premier, composé de 62 hommes, a objectivé évaluer l'impact de la blessure medular sur la sexualité humaine, en cherchant identifier les composantes sexuelles significativement touchées. Les altérations entre les períodes pré et pos-lesion medular: diminution significative de la fréquence et nombre de partenaires sexuels; réduction sensible de la pratique de sexe anal; modifications considérables dans les préférences sexuelles par accolade, pénétration vaginale, utilisation de vibrateur; variation dans le plaisir originé des zones erógenes de la bouche, du cou, de pénis, de boiteuses et de jambes; modifications dans les fonctions sexuelles avec réduction significative des niveaux de désir, d'excitation et d'orgasme, ainsi que de dysfonctionnements erectil et ejaculatoire; réduction significative dans la satisfaction sexuelle, bien que quelques modifications perçues ils s'égalisent à la population en général. Les résultats confirment l'importance de prêter assistance à la sphère sexuelle de ces patients et basent la proposition de réhabilitation sexuelle, en servant comme des indicateurs. Le seconde étude est composée par le même population. Il a objectivé analyser les conseils sexuels et comprendre le processus d'autoadaptation sexuelle aprés la lesion medular. Entre les résultats il s'est observé que moins de la moitié des participants et seulement environ un chaque six partenaires ont reçus quelque type de conseils sexuels. Il s'est vérifié que l'autoadaptation consiste au processus influencé par plusieurs facteurs: âge d'incidence e temps de lesion, qualitée des informations reçues, n'etant toujours réussi, avoir peculiaritées comme la distinction entre presence et faute d'experience sexuel avant de la blessure. Le troisième étude a eté composé par 25 personnes parmis des rechercheurs, professionnels de la santé, hommes avec blessure medular, partenaires et parents, en objectivant élaborer une proposition de réhabilitation sexuel qui reflétait les désirs ardents, nécessités et potentialités de la population destinée. Il s'est développé au moyen de Groupe Interdisciplinaire d'Aide à la Sexualité Appropriée - GIASA, caractérisée par des rencontres hebdomadaires avec 90 minutes de durée, dans deux étapes: la première, objectivé identifier les sujets pertinents; la seconde avec la finalité de présenter et discuter avec propriété les sujets proposés dans l'étape précédente et suggérer des stratégies évaluées par les participants. Tant que les rencontres de la première étape ont été marquées par des discussions de sujets libres rapportés à la sexualité, et le seconde a eté composé par deux moments: un marqué par séminaires, en comprenant intervention théorique sur les sujets préalablement définis, avec postérieure ouverture pour discussion, échange d'expériences, réflexion sur la thématique et forme d'abordage, en caractérisant le groupe focal; et un second moment, où il était appliqué et évalués des stratégies en caractérisant les interventions thérapeutiques, réalisées interdisciplinairement, en se cherchant à impliquer les participants activement je mange des sujets nous procédures de discussion focale et intervention théorique-therapeutique pour la résolution du problème diagnostiqué et proposé par cette recherche. Finalement, en se basant sur les étapes de GIASA, s'est élaborée la proposition de réhabilitation sexuelle appelée Groupe Interdisciplinaire d'Aide à la Santé Sexuelle - GSex, tourné à la communauté en général, en particulier à des personnes avec des insuffisances physiques et/ou des maladies chroniques, en étant définie: finalité, méthodologie d'action, fondement théorique, principes, fonctions des membres, délinéation des actions, processus de participation, entre autres tópicos.

Mots-clés: Sexualité Humaine et Adaptée. Autoadaptation Sexuelle. Réhabilitation Sexuelle. Insuffisance Physique. Maladie Chronique. Blessure Medular. Homme.

RESUMEN

SAVALL, Ana Carolina R. **Rehabilitación Sexual para Hombres con Lesión Medular: de la auto-readaptación sexual a la intervención terapéutica.** Florianópolis: UDESC, 2007. 403p.

Esta investigación desarrolló por medio de tres estudios. El primer fue compuesto por 62 hombres y tuvo por objetivo evaluar el impacto de la lesión medular en la sexualidad humana, siendo buscado identificar los componentes sexuales significativamente afectados. Fue verificado alteraciones entre los períodos anterior y posterior a la lesión medular: reducción significativa de la frecuencia y del número de parceros sexuales; reducción sensible en la práctica sexual del sexo anal; modificaciones considerables en las preferencias sexuales por abrazo, penetración vaginal, uso del vibrador; variación en el placer en las zonas erógenas de la boca, cuello, pene, muslos y piernas; alteraciones en las funciones sexuales con reducción significativa de los niveles del deseo, excitación y orgasmo, así como disfunciones eréctil y eyaculatoria; reducción significativa en la satisfacción sexual. Sin embargo, algunas alteraciones los igualan a la población en general. Los resultados confirman la importancia de prestar atención a la esfera sexual de estos pacientes y basan la propuesta de rehabilitación sexual, sirviendo como indicadores. El segundo estudio fue compuesto por los mismos participantes y objetivó analizar el aconsejamiento sexual y comprender el proceso de auto adaptación sexual después de la lesión medular. Entre los resultados fue observado que menos de la mitad de los participantes y solamente cerca de uno en cada seis parceros recibió algún tipo de orientación sexual. Fue verificado que la auto adaptación consiste en proceso influenciado por varios factores: edad de incidencia y tiempo de lesión, calidad de la información recibida, no siendo siempre exitoso y posee particularidades como la distinción entre la presencia y ausencia de experiencia sexual anterior a la lesión. El tercer estudio lo compusieron 25 personas entre los investigadores, profesionales de la salud, hombres con lesión medular, parceros y familiares y objetivó elaborar una propuesta de rehabilitación sexual que refleje los deseos, necesidades y potencialidades de la población destinada. Fue desarrollado por medio del Grupo Interdisciplinario de Apoyo a la Sexualidad Adaptada - GIASA, caracterizado por encuentros semanales con duración de 90 minutos, en dos etapas: la primer fue realizada entre mayo y septiembre del 200 y objetivó identificar los temas pertinentes y la segunda, entre octubre y diciembre, con el propósito de presentar y discutir con propiedad los temas propuestos por la etapa anterior y sugerir estrategias evaluadas por los participantes. Mientras los encuentros de la primer etapa habían sido marcados por discusión de temas libres relacionados a la sexualidad, la segunda fue compuesta por dos momentos: uno marcado por seminario, comprendiendo la intervención teórica de los temas previamente definidos, con abertura posterior para discusión, intercambio de experiencias, reflexión de la temática y forma de abordaje, caracterizando el grupo focal; y un segundo momento, donde habían sido aplicados y evaluados las estrategias que caracterizaban las intervenciones terapéuticas, realizadas de modo interdisciplinario, en busca de envolver a los participantes activamente como sujetos en los procesos de discusión focal y en la intervención teórico-terapéutica para la resolución del problema diagnosticado y propuesto para esta encuesta. Finalmente, siendo basado en las etapas del GIASA, fue elaborado el Grupo Interdisciplinario de Apoyo a la Salud Sexual - GSex, dirigido a la comunidad en general, y en especial a las personas con deficiencias físicas y/o enfermedades crónicas, siendo definidos: propósito, metodología de acción, fundamentación teórica, principios, funciones de los miembros, delineamiento de las acciones, proceso de atención, entre otros tópicos.
Palabras-clave: Sexualidad Humana y Adaptada. Auto adaptación Sexual. Rehabilitación Sexual. Deficiencia física. Enfermedad crónica. Lesión Medular. Hombre.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	**9**
ABSTRACT	**10**
RESUMÉE	**11**
RESUMEN	**12**
LISTA DE TABELAS	**17**
LISTA DE FIGURAS	**21**
LISTA DE ANEXOS	**23**
LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES	**25**
INTRODUÇÃO À DISSERTAÇÃO	**26**
1. APRESENTAÇÃO	**28**
1.1. FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO	28
1.2. JUSTIFICATIVA	30
1.3. OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	33
1.3.1. Estudo 1. Sexualidade Adaptada do Homem com Lesão Medular Adquirida	33
1.3.2. Estudo 2. Auto-Adaptação Sexual por Homens com Lesão Medular Adquirida	33
1.3.3. Estudo 3. Reabilitação Sexual para Homens com Lesão Medular Adquirida	34
1.4. DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS	35
1.4.1. Variável Independente	35
1.4.2. Variável Dependente	35
1.4.3. Variáveis-Controles	39
1.5. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	41
1.6. DEFINIÇÃO DE TERMOS	42
1.7. ASPECTO ÉTICO	43
1.8. ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA	44

2. EMBASAMENTO TEÓRICO..... 45
2.1. SEXUALIDADE HUMANA 45
2.1.1. Comportamento Sexual 49
2.1.2. Função Sexual 51
2.1.3. Orientação Sexual 58
2.1.4. Qualidade de Vida e Saúde Sexuais 59
2.2. LESÃO DA MEDULA ESPINHAL 61
2.3. A SEXUALIDADE DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR 70
2.3.1. Comportamento Sexual 72
2.3.2. Função Sexual 74
2.3.2.1. Desejo Sexual 79
2.3.2.2. Excitação Sexual 79
2.3.2.3. Orgasmo 80
2.3.3. Orientação Sexual 82
2.3.4. Prazer Sexual 82
2.3.5. Satisfação Sexual 82
2.3.6. Influência da Medicação sobre a Sexualidade de Pessoas com Lesão Medular 83
2.3.7. Aconselhamento Sexual 84
2.3.8. Adaptação Sexual 86
2.3.9. Sexualidade Adaptada: interface entre sexo e gênero..... 87
2.3.10. Aspectos Socioculturais 88
2.3.11. Propostas de Reabilitação Sexual 89
3. ESTUDO 1. SEXUALIDADE ADAPTADA DO HOMEM COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA 93
3.1. METODOLOGIA 93
3.2. PARTICIPANTES 94
3.3. INSTRUMENTAÇÃO 94
3.3.1. Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA 95
3.3.2. Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada – EsexA 95
3.4. DELINEAMENTO DO ESTUDO..... 96
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES 97

3.6. RESULTADOS 101
3.6.1. Comportamento Sexual 105
3.6.2. Orientação Sexual 112
3.6.3. Função Sexual 114
3.6.3.1. Desejo Sexual 115
3.6.3.2. Resposta Sexual 120
3.6.4. Prazer Sexual 131
3.6.5. Satisfação Sexual 133
3.7. DISCUSSÃO 137
3.7.1. Comportamento Sexual 151
3.7.2. Orientação Sexual 162
3.7.3. Função Sexual 166
3.7.4. Prazer Sexual 187
3.7.5. Satisfação Sexual 189
3.8. CONCLUSÃO 198
4. ESTUDO 2. PROCESSO DE AUTO-ADAPTAÇÃO SEXUAL POR HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA 208
4.1. METODOLOGIA 208
4.2. PARTICIPANTES 209
4.3. INSTRUMENTAÇÃO 209
4.3.1. Etnografia Clínica 210
4.3.2. História de Vida Sexual 210
4.3.3. Aparelho para Gravação de Áudio 210
4.3.4. Software IBM Via Voice 211
4.4. DELINEAMENTO DO ESTUDO..... 211
4.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES 212
4.6. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 212
4.7. CONCLUSÃO 248
5. ESTUDO 3. REABILITAÇÃO SEXUAL PARA HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA 253
5.1. METODOLOGIA 254
5.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO 256

5.2.1. Primeiro estágio da pesquisa: elaboração da proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada como estratégia de pesquisa-ação 256
5.2.2. Segundo estágio da pesquisa: implantação da primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada para o levantamento dos temas pertinentes 262
5.2.3. Terceiro estágio da pesquisa: desenvolvimento da segunda etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio para a definição dos temas, conteúdos e sugestões de intervenção 285
5.2.4. Quarto estágio da pesquisa: elaboração de uma proposta de reabilitação sexual 301
5.3. CONCLUSÃO 321
6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA 325
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 332
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 337
ANEXOS 352

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 2.1.	Resposta Fisiológica Sexual Humana de Masters e Johnson	56
Tabela 2.2.	Modelo de Resposta Sexual de Kaplan (1977)	57
Tabela 2.3.	Fases de mudança comportamental decorrente de lesão medular	68
Tabela 2.4.	Resposta sexual na lesão medular segundo estudos de Sipski e Alexander (2002)	76
Tabela 2.5.	Neurofisiologia da prontidão sexual masculina normal e no homem com lesão medular	77-78
Tabela 2.6.	Mecanismos de emissão e ejaculação	78
Tabela 3.1.	Caracterização sociodemográfica dos homens com lesão medular em geral e conforme o nível da lesão medular	102
Tabela 3.2.	Histórico de saúde e hábitos de vida dos homens com lesão medular em geral e conforme o nível de lesão adquirido	103
Tabela 3.3.	Estado civil dos participantes antes e após a lesão conforme idade atual ..	104
Tabela 3.4.	Algumas características do histórico sexual dos participantes do estudo ..	106
Tabela 3.5.	Comportamento sexual dos participantes do estudo	107
Tabela 3.6.	Diferenças relacionadas ao comportamento sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular	108
Tabela 3.7.	Diferenças relacionadas às práticas sexuais entre os períodos pesquisados	109
Tabela 3.8.	Repertório sexual antes e após a lesão medular	110
Tabela 3.9.	Diferenças relacionadas à orientação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular	113

Tabela 3.10. Diferenças referentes ao desejo sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão 115

Tabela 3.11. Nível de desejo sexual após a lesão medular conforme as variáveis do estudo 116-117

Tabela 3.12. Avaliação do desejo sexual pós-trauma conforme tempo de lesão medular 118

Tabela 3.13. Qualificação do nível de desejo sexual nos períodos pré e pós-lesão medular 120

Tabela 3.14. Diferenças referentes à excitação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão 121

Tabela 3.15. Nível de excitação sexual pós-lesão conforme as variáveis do estudo 122-123

Tabela 3.16. Qualificação do nível de excitação sexual pré e pós-lesão medular 124

Tabela 3.17. Diferenças referentes à intensidade do orgasmo entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão ... 125

Tabela 3.18. Intensidade do orgasmo após a lesão medular conforme variáveis do estudo 126-127

Tabela 3.19. Qualificação da intensidade do orgasmo antes e após a lesão medular 127

Tabela 3.20. Diferenças entre os níveis de lesão em referência à função sexual pós-incidente traumático 129

Tabela 3.21. Dados descritivos e comparativos relacionados à percepção de prazer sexual nas zonas erógenas corpóreas dos participantes em geral e segundo o nível de lesão medular 132

Tabela 3.22. Diferenças referentes à satisfação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão 134

Tabela 3.23. Nível de satisfação sexual após a lesão medular conforme variáveis da pesquisa 135-136

Tabela 3.24. Qualificação do nível de satisfação sexual antes e após a lesão medular ... 136

Tabela 3.25. Fatores que predizem a satisfação sexual após a lesão medular 137

Tabela 3.26. Pesquisas quantitativas conforme país de origem e número de participantes 139

Tabela 3.27. Pesquisas qualitativas conforme país de origem e número de participantes 140

Tabela 3.28. Pesquisas conforme idade, sua variação e principal faixa-etária 141

Tabela 3.29. Pesquisas qualitativas conforme idade, sua variação e principal faixa-etária 142

Tabela 3.30. Resumo dos estudos conforme estado civil 143

Tabela 3.31. Pesquisas de acordo com o grau de escolaridade e anos de estudo 144

Tabela 3.32. População economicamente ativa e dependente de benefícios conforme estudos 145

Tabela 3.33. Percentuais dos níveis de lesão medular apresentados nas pesquisas 147

Tabela 3.34. Pesquisas de acordo com a etiologia da lesão medular 149

Tabela 3.35. Estudos conforme idade de incidência da lesão medular 150

Tabela 3.36. Estudos conforme número de parceiros sexuais antes e após a lesão medular 153

Tabela 3.37. Pesquisas de acordo com a freqüência de atividade sexual antes e após a lesão 156

Tabela 3.38. Práticas sexuais realizadas após a lesão medular conforme pesquisas 159

Tabela 3.39. Preferência por práticas sexuais conforme pesquisas 163

Tabela 3.40. Qualificação do nível de desejo antes e após a lesão entre as pesquisas 168

Tabela 3.41. Pesquisas conforme função/disfunção sexual em geral e segundo os níveis da lesão 174

Tabela 3.42. Pesquisas referentes ao tipo de ereção segundo os níveis de lesão medular 175

Tabela 3.43. Pesquisas conforme as diversas zonas erógenas corpóreas 188

Tabela 3.44. Pesquisas conforme satisfação sexual antes e após a lesão medular 191

Tabela 4.1. Qualificação do nível de adaptação sexual pós-lesão 213

Tabela 4.2. Nível de adaptação sexual pós-lesão medular conforme variáveis da pesquisa 214-215

Tabela 4.3. Fatores que predizem a adaptação sexual pós-lesão medular 222

Tabela 4.4. Informações sobre o aconselhamento sexual após a lesão medular 223

Tabela 5.1. Caracterização dos participantes da primeira etapa do GIASA 264

Tabela 5.2. Caracterização dos pesquisadores e profissionais da primeira etapa do GIASA 265

Tabela 5.3. Temas emergidos durante a primeira etapa do GIASA 281

Tabela 5.4. Temas definidos e distribuídos em seminários a serem realizados na segunda etapa do grupo 282

Tabela 5.5. Caracterização dos participantes da segunda etapa do GIASA 287

Tabela 5.6. Caracterização dos profissionais, pesquisadora e companheiras da segunda etapa do GIASA 288

Tabela 5.7. Avaliação Final da Proposta: dados quantitativos 300-301

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1.1.	Mapeamento da pesquisa	44
Figura 2.1.	Relógio da Sexologia proposto por Kusnetzoff, Martín e Madrid em 1980	47
Figura 2.2.	Ciclos de respostas sexuais masculino e feminino	53
Figura 3.1.	Práticas sexuais realizadas conforme os períodos pesquisados	110
Figura 3.2.	Repertório sexual após a lesão medular comparativamente ao período anterior	111
Figura 3.3.	Preferência pelas práticas sexuais nos períodos pré e pós-lesão medular	114
Figura 3.4.	Gráficos de caixa e erro relacionados ao desejo sexual conforme tempo de lesão	118
Figura 3.5.	Avaliação do desejo sexual conforme o tempo de lesão	119
Figura 3.6.	Distribuição dos participantes por estudo	138
Figura 3.7.	Planisfério demonstrando os países de origem das pesquisas	140
Figura 3.8.	Relações estabelecidas com o número de parceiros sexuais	155
Figura 3.9.	Relações estabelecidas com a freqüência sexual pós-lesão medular	157
Figura 3.10.	Relações estabelecidas entre a prática de penetração e as demais variáveis pesquisadas	161
Figura 3.11.	Relações estabelecidas com a variável preferência por intercurso sexual	164
Figura 3.12.	Tendência dos participantes que acham possível o sexo sem penetração	165

Figura 3.13. Relações estabelecidas com o nível de desejo sexual pós-lesão medular 169

Figura 3.14. Relações estabelecidas com o nível de excitação sexual pós-lesão medular 173

Figura 3.15. Relações estabelecidas com a variável obtenção de ereção espontânea 176

Figura 3.16. Relações estabelecidas com a variável ereção rígida o suficiente para permitir penetração após a lesão medular 178

Figura 3.17. Relações estabelecidas com a variável tempo de duração da ereção 180

Figura 3.18. Relações estabelecidas com a variável utilização de agentes facilitadores 181

Figura 3.19. Relações estabelecidas com a intensidade de orgasmo 183

Figura 3.20. Relações estabelecidas com a variável capacidade de obter orgasmo . 184

Figura 3.21. Relações estabelecidas com a variável orgasmo acompanhado por ejaculação 185

Figura 3.22. Relações estabelecidas com a variável capacidade de obter ejaculação 187

Figura 3.23. Relações estabelecidas com a variável satisfação sexual pós-lesão medular 195

Figura 3.24 Resumo das comparações realizadas entre as variáveis do estudo 196

Figura 3.25. Resumo das relações estabelecidas entre as variáveis do estudo 197

Figura 4.1. Relações estabelecidas com a variável capacidade de adaptação sexual pós-trauma 217

Figura 4.2. Relações estabelecidas com o fato do participante ter recebido aconselhamento sexual após a lesão medular 226

LISTA DE ANEXOS

Página

Anexo A. Aprovação pelo Comitê de Ética da pesquisa *Reabilitação Sexual para Pessoas com Lesão Medular: da readaptação sexual à intervenção terapêutica* 352

Anexo B. Aprovação pelo Comitê de Ética da pesquisa *Perfil Sexual de Lesionados Medulares* 353

Anexo C. Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA 354

Anexo D. Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada – EsexA 362

Anexo E. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 363

Anexo F. Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações 365

Anexo G. Etnografia Clínica 366

Anexo H. Avaliação Centrada no Grupo 368

Anexo I. Plano de Atendimento do Grupo 369

Anexo J. Análise de Atividade voltada para o Grupo..... 370

Anexo K. Matriz Observacional 371

Anexo L. Avaliação Individual sobre o Atendimento – versão Pesquisador 372

Anexo M. Conduta e Evolução 374

Anexo N. Ficha de Freqüência 375

Anexo O. Avaliação da Intervenção Proposta – versão Pesquisador 376

Anexo P. Avaliação da Intervenção Proposta – versão Participantes 378

Anexo Q. Folder do GIASA 379

Anexo R. E-mail convite do GIASA 381

Anexo S. Primeiro Boletim do GIASA 384

Anexo T. Segundo Boletim do GIASA 389

Anexo U. Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA versão Reformulada ... 392

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEFID » Centro de Ciências da Saúde e do Esporte

ESexA » Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada

GIASA » Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

GSex » Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual

LAGESC » Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade

QSexA » Questionário de Sexualidade Adaptada

UDESC » Universidade do Estado de Santa Catarina

Introdução à Dissertação

Para o êxito da proposta original da pesquisa, a intervenção terapêutica voltada à sexualidade de pessoas que adquiriram lesão medular, observou-se que anteriormente à elaboração de uma proposta de reabilitação sexual fazia-se imprescindível conhecer a sexualidade dessa população, identificando quais os componentes sexuais afetados pelo traumatismo raquimedular. Estudos internacionais foram encontrados, os quais abordavam diferentes aspectos da sexualidade humana, entretanto, ao considerar que a sexualidade é influenciada por valores e crenças culturais e que a proposta seria desenvolvida para participantes catarinenses, portanto, brasileiros, acreditou-se ser necessário levantar informações a respeito dessa população específica.

Para avaliar o impacto exercido pela lesão medular sobre os componentes da sexualidade humana optou-se pela abordagem qualiquantitativa, onde os aspectos sexuais direta e/ou indiretamente afetados pela lesão medular e os fatores que os influenciam consistiam-se em dados a serem obtidos e analisados por meio de uma abordagem quantitativa, visando um número maior de participantes. No entanto, o esclarecimento deste objetivo seria somente obtido mediante a aquisição e interpretação das informações fornecidas por abordagem qualitativa que, por sua vez, engloba número restrito de participantes.

Ao buscar elaborar uma proposta realista e diante da possibilidade de desenvolver pesquisa qualitativa, emergiu a necessidade de compreender como as pessoas se ajustam e lidam com a sexualidade modificada pela lesão medular, sem orientação profissional, já que as instituições de saúde municipais e estaduais, na época, não ofereciam assistência voltada à esfera sexual de seus pacientes recém-lesionados. Além dessa compreensão, sentiu-se a necessidade de elaborar e desenvolver a proposta em parcerias com as pessoas envolvidas neste processo.

Deste modo, acreditou-se que, avaliando o impacto da lesão sobre a sexualidade de pessoas lesionadas da região sul do Brasil, compreendendo como as mesmas lidavam com a

sexualidade adaptada e desenvolvendo a proposta juntamente a elas, seria possível elaborar uma proposta efetiva de reabilitação sexual.

Conforme os objetivos almejados, a pesquisa desenvolveu-se mediante três estudos denominados *Sexualidade adaptada de homens com lesão medular adquirida*, *Auto-adaptação sexual por homens com lesão medular adquirida* e *Reabilitação sexual para homens com lesão medular adquirida*.

Para a concretização da mesma, foi desenvolvida esta dissertação composta por sete capítulos. A apresentação da pesquisa é feita no primeiro capítulo. O embasamento teórico, que fundamenta a todos os estudos, é apresentado no segundo capítulo, constituído pela revisão a respeito do foco da pesquisa, ou seja, a sexualidade humana, da patologia-alvo, neste caso a lesão medular, e da especificidade da mesma, a sexualidade de pessoas com lesão medular.

Os três estudos são dispostos adiante, em capítulos específicos, descritos de acordo com a metodologia empregada, resultados obtidos, discussões desenvolvidas e conclusões obtidas. Em um novo capítulo são abordadas as limitações da pesquisa e o último reserva-se às considerações finais relacionadas à pesquisa como um todo.

Finda a introdução, segue-se à mesma a apresentação da pesquisa.

1. APRESENTAÇÃO

Essencial na biografia do ser humano, a sexualidade se entrelaça a todos os aspectos existenciais do indivíduo e, como parte constitutiva de todo ser, seu desenvolvimento pleno e sua vivência saudável são fundamentais para o bem-estar, qualidade de vida e saúde sexuais. Contudo, a presença da deficiência física, e especificamente da lesão medular usualmente afeta de modo considerável a sexualidade humana, refletindo em seus componentes de diferentes formas, de acordo com o nível, tipo e grau da lesão, podendo ocasionar de inadequações a disfunções sexuais, conforme a natureza ambiental ou fisiológica da alteração no âmbito sexual. Considerando o impacto dos programas de reabilitação na recuperação do paciente, favorecendo o reajustamento à vida pós-lesão medular, e tendo em vista alguns resultados prévios favoráveis oriundos de pesquisas que questionaram a implantação de reabilitação voltada à esfera sexual, evidencia-se a necessidade de estudos aprofundados a respeito da sexualidade de pessoas com lesão medular e a importância de se elaborar e implementar propostas de reabilitação específicas à temática. Com esse intuito desenvolveu-se a seguinte pesquisa apresentada nesta dissertação.

1.1. FORMULAÇÃO DAS QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO

A lesão da medula espinhal é responsável por desencadear um grave quadro de doença crônica e deficiência física, implicando alterações neurológicas significativas (GREVE, 2001; CASALIS, 2003; CARDOSO, 2004). Caracteriza-se por distúrbios motores, sensitivos e neurovegetativos dos segmentos corporais localizados abaixo da lesão, comprometendo a sensibilidade superficial e profunda, a motricidade e as funções autonômicas (TROMBLY,

1989; PALMER, 1988; SCHINEIDER, 1994a). Nos últimos tempos, sua incidência aumentou consideravelmente, visto que a principal etiologia é a traumática, acometendo, com predominância, adultos jovens do sexo masculino (SCHINEIDER, 1994b; SICORDI, 2007; CORDE, 2007; CUNHA, 2000; SUAID, 2002).

Encaminhados a um hospital de urgências, esses pacientes recebem atendimento de emergência realizado por equipes médicas e de enfermagem que centram seus esforços, neste primeiro momento, no atendimento às necessidades básicas para a garantia da sobrevivência (SAVALL, 2004). Após receber alta, são encaminhados a um centro de reabilitação onde recebem atenção à saúde em nível terciário, direcionado ao desenvolvimento das capacidades remanescentes frente aos limites impostos pela deficiência, visando à autonomia e à independência funcional. O trabalho em reabilitação geralmente é realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, dirigido às áreas física, prioritariamente, e psicológica, podendo envolver também atividades socioculturais, educativo-profissionalizantes, de recreação e lazer (SAVALL, 2004).

Em decorrência do quadro clínico da lesão medular e de sua conseqüente influência nas esferas biológica, psicológica, emocional, social e cultural, a sexualidade pode tornar-se um componente crítico da expressão pessoal e especificamente a função sexual de pessoas lesionadas pode apresentar alterações, desde as inadequações sexuais de cunho psicoemocional ou ambiental, às disfunções sexuais de origem fisiológica (GREVE, 2001; SIPSKI; ALEXANDER, 2002; GITTLER *et al.*, 2002; CASALIS, 2003; CARDOSO, 2004).

Entretanto, a lesão da medula espinhal não elimina o contexto sexual da vida do indivíduo acometido e, considerando que a maioria das pessoas afetadas é jovem, a sexualidade tem sido mencionada como de grande importância para o paciente, seu parceiro e seus familiares, refletindo em um aspecto salutar no processo de reabilitação física e reinserção social (BURTON, 1994; FREDA, 2002).

Observa-se, contudo, que geralmente essas instituições não oferecem reabilitação sexual sendo que, os que dispõem de atendimento voltado à sexualidade, limitam-se à orientação ou ao aconselhamento sexual, salvo às iniciativas evidenciadas na literatura internacional, tais como os estudos desenvolvidos por Courtois *et al.* (2001), Rodriguez et al. (2006) e de países como Israel e Suécia, os quais possuem centros de reabilitação sexual, Espanha, onde o Instituto Andaluz de Sexologia y Psicologia oferece reabilitação sexual, Inglaterra, com o programa “The outsiders club”, onde pessoas com deficiência podem fazer amizade e formar casais, Estados Unidos, onde há projetos como o da University of Alabam, a qual oferece oportunidade de educação, inclusive voltada à sexualidade, e trabalho;

Alemanha, onde a Associação dos Interessados nos Deficientes (IFB - Interessengemeinschaft für Behinderte) disponibiliza o Sensis (Sexuelle Betreuung), serviço de contatos corporais, possibilitando aos deficientes experimentar a proximidade corporal e sexualidade com o próprio corpo, em uma atmosfera domiciliar (FÜRLL-RIEDE; HAUSMANN; SCHNEIDER, 2003; RODRIGUEZ *et al.*, 2006; IASP, 2007; SENSIS, 2007).

Estudos realizados concluem que, embora os profissionais das diferentes áreas da saúde considerem a sexualidade um contexto importante a ser reabilitado, não são formados e não se sentem preparados para lidar com as demandas de natureza sexual advindas de seus pacientes (COLE; COLE, 1994; RICHARDS *et al.*, 1997; MAIOR, 2001; SIPSKI; ALEXANDER, 2002; FRONEK *et al.*, 2005).

Como conseqüência, resulta que os pacientes se auto-adaptam à sexualidade mediante vivência sexual podendo, no entanto, apresentar uma série de crenças e mitos freqüentemente não fundamentados, que os levam a subestimar a própria capacidade sexual, uma vez que comumente a sexualidade é valorizada em seu âmbito funcional, genital e orgásmica, centrada no desempenho (MAIOR, 1988; SALIMENE, 1995; CARDOSO, 2004; ISHIBASHI *et al.*, 2005).

Considerando que a lesão medular pode afetar a vivência plena e saudável da sexualidade e que os programas de reabilitação não englobam em seu atendimento a intervenção especializada ao âmbito sexual, esta pesquisa questiona:

Qual é o impacto da lesão medular sobre a sexualidade humana?

Como os homens se auto-adaptam à sexualidade após a lesão medular?

É possível elaborar uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular adquirida em parceria com as pessoas envolvidas no processo de reabilitação, ou seja, homens lesionados, parceiras, familiares e profissionais de saúde?

1.2. JUSTIFICATIVA

A produção de conhecimento em busca de respostas por meio de estudos inéditos e originais ou, ainda, pelo aprofundamento de estudos já realizados é fundamental para o

movimento científico. A ciência da sexualidade, em específico, constituiu-se há poucas décadas na Europa, embora seu desenvolvimento tenha ocorrido somente após a Segunda Guerra Mundial, quando a Sexologia experimenta um renascimento científico nos Estados Unidos com Kinsey e colaboradores (1948; 1952) e, posteriormente, com Masters e Johnson (1966) a partir da década de 1960.

Nesta mesma época, os pioneiros Bors e Comarr (1960) realizaram o estudo de maior destaque ao pesquisar as alterações nas funções sexuais de 529 homens com lesão medular e, a partir de então, a sexualidade pós-lesão vem recebendo maior atenção (ALEXANDER *et al.*, 1993).

As pesquisas se focaram e os componentes fisiológicos, comportamentais, psicoemocionais e socioculturais da sexualidade têm sido extensivamente estudados, priorizando-se a pesquisa descritiva dos aspectos relacionados às reações fisiológicas de ereção e ejaculação, enfocando a disfunção erétil e fertilidade nos homens e, nas mulheres, às implicações da lesão medular na menstruação e gestação, enquanto todos os demais aspectos sexuais têm sido estudados de forma superficial e/ou limitada, devido provavelmente à natureza quantitativa dos estudos, os quais se centralizam na análise dos componentes de variáveis, não buscando compreender o significado do fenômeno, problematizar sobre sua forma de ocorrência ou, ainda, refletir sobre a vivência dos envolvidos (ALEXANDER *et al.*, 1993; SIPSKI, 2004; THOMAS; NELSON, 2002).

A pesquisa qualitativa favorece a percepção e interpretação do fenômeno estudado, de modo a combinar seus componentes para formar um todo e possibilitar a resolução de problemas, auxiliando, no caso desta pesquisa, na compreensão dos fenômenos da sexualidade adaptada e auto-adaptação sexual, conduzindo à elaboração, desenvolvimento e avaliação de conteúdos, como também estratégias possíveis de incorporação a um protocolo que auxilie no ajustamento e, dentro das limitações e potencialidades, na restauração da sexualidade de pessoas com lesão medular.

Alguns estabelecimentos de saúde oferecem orientação ou aconselhamento sexual, porém, apesar da recente incorporação da educação sexual como um componente na rotina do processo de reabilitação, possivelmente essas informações são dadas em um momento em que as pessoas lesionadas ainda não são capazes de absorvê-las efetivamente, quando ainda não reconheceram o declínio e dificuldades na atividade, interesse e função sexuais ou, todavia não aceitaram a nova situação implicada (ALEXANDER *et al.*, 1993; FISHER *et al.*, 2002).

Complementarmente, os valores ocidentais, influenciados pelos contextos sociocultural e moral, tradições religiosas e paradigma científico, não favorecem que os

profissionais forneçam a seus pacientes uma educação sexual voltada ao prazer, possibilitando tornarem-se educados a respeito de si próprios e do mundo no qual vivem. Perpetram o escasso conhecimento sobre si mesmos e a parca aprendizagem sobre a própria sexualidade, servindo apenas como sutil medida de coerção sobre as pessoas e seus prazeres (COLE; COLE, 1994; FOUCAULT, 1998).

Acentuando a questão, evidencia-se a natureza das informações conferidas às pessoas com lesão medular, comumente cercada de mitos e estereótipos, revelando a rejeição social sobre o direito das mesmas de exercerem sua sexualidade (SALIMENE, 1995; IASP, 2007).

É da competência e responsabilidade dos profissionais de saúde remediar essa desinformação, ofertando programas que não somente se voltem aos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, como ocorre atualmente, mas ofereçam educação, informação e referenciais, conduzindo-os conforme interesses pessoais em direção à conscientização e vivência plena, bem como saudável da sexualidade, assegurando o cumprimento do direito humano básico à saúde sexual (COLE; COLE, 1994; WAS, 1999; GITTLER *et al.*, 2002).

O conhecimento aprofundado dos fenômenos da sexualidade adaptada, auto-adaptação sexual, juntamente à efetivação de propostas voltadas à reabilitação sexual não somente qualificaria o serviço prestado em reabilitação, como promoveria a qualidade de vida e saúde a essas pessoas e a seus parceiros, preenchendo lacunas existentes na formação profissional e nos atendimentos prestados, otimizando a recuperação e inserção social desses pacientes.

Complementarmente, o desenvolvimento de propostas em parceria a instituições de ensino e pesquisa, como as universidades, e de saúde, como os centro ou clínicas de reabilitação, e em cooperação com pesquisadores e participantes, refletiria não somente as potencialidades, mas as reais necessidades e anseios da população a que se destina.

Diante do exposto, é relevante que se aprofunde nos estudos dos aspectos relacionados à sexualidade de pessoas com lesão medular, principalmente que reflitam a realidade nacional – vale ressaltar a natureza internacional das pesquisas – disponibilizando informações, ampliando o conhecimento e a compreensão por parte dos estudiosos e profissionais de saúde, bem como que se desenvolva, no âmbito da reabilitação, abordagem específica à sexualidade humana para, desta forma, preencher a lacuna que há na área da saúde referente à promoção da qualidade de vida e saúde sexuais a pessoas com lesão medular.

1.3. OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Em decorrência de sua natureza ampla, esta pesquisa é composta por três estudos, contendo cada um seus respectivos objetivos e pressupostos teóricos, formulados a partir das questões norteadoras e do referencial teórico. Para melhor compreensão, adiante serão apresentados os estudos separadamente, contendo o respectivo **objetivo principal** acompanhado de seu ***pressuposto teórico principal***, seguido pelo objetivo específico acompanhado de seu *pressuposto teórico específico*, tal como aparecem grafados.

♿ Estudo 1. Sexualidade Adaptada de Homens com Lesão Medular Adquirida

Avaliar o impacto exercido pela lesão medular sobre os componentes da sexualidade masculina.

A sexualidade masculina, em seus âmbitos biofisiológico, psicoemocional e sociocultural, sofre impacto em decorrência à lesão medular.

Investigar os componentes sexuais masculinos direta e/ou indiretamente influenciados pela lesão medular, por meio da análise inferencial dos perfis sexuais pré e pós-lesão medular.

Os componentes sexuais podem ser diretamente afetados pela lesão medular ou indiretamente influenciados pela deficiência física resultante.

♿ Estudo 2. Auto-Adaptação Sexual por Homens com Lesão Medular Adquirida

Compreender o fenômeno da auto-adaptação sexual entre homens com lesão medular.

Os homens acometidos têm sua sexualidade limitada e modificada pela lesão medular, bem como, na ausência de intervenção especializada, procuram ajustar-se e se auto-adaptam à sexualidade.

Analisar aspectos relacionados à assistência prestada no âmbito da sexualidade aos homens com lesão medular adquirida.

Alguns homens lesionados receberam assistência voltada à esfera sexual, sendo importante analisar as características e influências exercidas.

Analisar o fenômeno da auto-adaptação sexual, identificando as habilidades desenvolvidas na vivência da sexualidade, destacando as similaridades e particularidades, construindo um modelo conceitual sobre o fenômeno.

As pessoas se auto-adaptam à sexualidade após a lesão, algumas subestimando sua capacidade sexual e outras, transpondo as dificuldades e vivenciando a sexualidade em sua plenitude. Ao compreender o fenômeno do ponto de vista de quem os vivencia, pode-se identificar o que é comum a todos e o que é peculiar a cada um, construindo um conceito para o mesmo.

Estudo 3. Reabilitação Sexual para Homens com Lesão Medular Adquirida

Elaborar uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular em parceria com as pessoas envolvidas neste processo, ou seja, os mesmos, suas parceiras sexuais, profissionais de saúde e pesquisadores, de modo que reflitam as necessidades, anseios e potencialidades da população à qual se destina e promovam a qualidade de vida e saúde sexuais.

Uma proposta de reabilitação sexual pode ser inicialmente alicerçada em parceria com os envolvidos no processo de reabilitação, de modo a ser relevante à população à qual se destinará ao refletir suas capacidades e dificuldades, promovendo o bem-estar sexual.

Elaborar e desenvolver a estratégia de pesquisa-ação de modo que favoreça o estabelecimento de parceria entre pesquisadores, homens lesionados, parceiras, familiares e profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação, resultando na construção de uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular adquirida.

A construção de uma proposta de reabilitação sexual embasada resultará da parceria entre pesquisadores e pessoas envolvidas no processo de reabilitação, propiciada pela elaboração e desenvolvimento da estratégia de pesquisa-ação.

1.4. DEFINIÇÃO CONCEITUAL E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

1.4.1. Variável Independente

- Lesão medular adquirida: lesão adquirida mediante evento traumático ou patologia que provoque laceração, punção ou compressão da medula espinhal, resultando em lesão permanente, compreendendo, ao mesmo tempo, um quadro clínico de doença crônica e deficiência física (SCHNEIDER, 1994b; CARDOSO, 2004). A lesão medular foi avaliada pela anamnese do Questionário de Sexualidade Adaptada (Anexo C) expressa pelo nível de lesão medular, identificada pela questão 8 [8) Nível neurológico da lesão medular: _____] e pela etiologia da lesão medular, identificada por meio da questão 7 [7) Causa da lesão medular: ( ) acidente de transito ( ) quedas ( ) esportes ( ) mergulho em águas rasas ( ) arma de fogo ( ) acidente de trabalho ( ) arma branca ( ) outros. Qual? _____].

1.4.2. Variável Dependente

- Sexualidade: utilizou-se neste estudo a definição desenvolvida por Langfeldt e Porter (1986) e aceita pela Organização Mundial de Saúde como se constituindo em uma parte integral da personalidade de todas as pessoas, sendo uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida, não sendo sinônimo de intercurso sexual ou a somatória das experiências eróticas, constituindo-se na energia que motiva as pessoas a encontrar amor, contato, calor humano e intimidade, sendo expressa pelo modo como se sentem, movimentam, tocam e são tocadas, influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por meio disso, a saúde física e mental. A sexualidade foi mensurada por meio do Questionário de Sexualidade Adaptada - QSexA expressa pelo perfil sexual anterior, questões 11 a 25 do bloco *Antes*

da lesão medular e posterior à lesão medular, questões 3 a 28 do bloco *Depois da lesão medular*, Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada - ESexA e História de Vida Sexual.

- Auto-adaptação sexual: definida como sendo o modo como as pessoas lidam com sua sexualidade após acometimento por enfermidade ou deficiência sem orientação profissional. Vide Readaptação Sexual. Avaliada pela questão 21 do bloco *Depois da lesão medular* [21) Quanto você acha que se adaptou/ajustou sexualmente após a lesão medular? De nada a muito / de 0 a 10] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e o tópico *Adaptação sexual* da História de Vida Sexual.

- Desejo sexual: também denominado libido, refere-se ao interesse na atividade sexual, consistindo na vontade de fazer sexo, que conduz uma pessoa a buscar atividade sexual ou a ser receptivo de modo prazenteiro à mesma, relacionando-se à "experiência de sensações específicas que motivam o individuo a iniciar ou se tornar responsivo à estimulação sexual" (KAPLAN, 1977). Mensurado por meio das questões 10 do bloco *Antes da lesão medular* [10) Como você considerava a sua vontade de fazer sexo **antes** da lesão medular? De nenhuma a muito / de 0 a 10] e 09 do bloco *Depois da lesão* medular [09) Como você considera a sua vontade de fazer sexo **após** a lesão medular? De nenhuma a muito / de 0 a 10] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Desejo sexual [*Comente sobre o seu desejo sexual (ou sua vontade de fazer sexo) antes e após a lesão medular. Você notou diferença entre os períodos? Explique.*] da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (ESexA).

- Excitação sexual: Segundo Masters e Johnson (1966) a fase de excitação refere-se à resposta sexual inicial e ocorre diante de qualquer estímulo psicoemocional como cheiro, fantasia, pensamento, imagem, lembrança, denominada psicogênica, e/ou de estímulo físico como toque, manuseio, denominada reflexa ou fisiológica, o(s) qual(is) resulta(m) em sensação subjetiva e corporal de prazer, bastando que o estímulo seja suficiente para aumentar a tensão sexual. Analisada pelas questões 12 do bloco *Antes da lesão medular* [12) Quanto excitável você se sentia **antes** da lesão medular? De nenhuma a muito / de 0 a 10] e 11 do bloco *Depois da lesão* medular [11) **Depois** da lesão medular, quanto excitável você se sente? De nenhuma a muito / de 0 a 10] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Excitação sexual [*Comente sobre a sua excitação sexual (ou capacidade de ficar excitado) antes e após a lesão medular. Você notou diferença*

entre os períodos? Como você explica isso.] da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (ESexA).

- Freqüência sexual (comportamento sexual): consiste no número de relações sexuais que o participante realiza habitualmente. Avaliada mediante as questões 9 do bloco *Antes da lesão medular* [9) Qual era a sua freqüência sexual **antes** da lesão medular? ____ vezes por semana] e 4 do bloco *Depois da lesão medular* [4) **Depois** da lesão medular, qual é a sua freqüência sexual? ____ vezes por semana] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Freqüência sexual [*A sua freqüência sexual (ou a quantidade de vezes que você fazia sexo) diminuiu, manteve-se ou aumentou após a lesão medular? Por quê isso aconteceu?*] da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (ESexA).

- Parceiros sexuais (comportamento sexual): consiste no número de pessoas com as quais o participante estabeleceu algum tipo de atividade sexual. Mensurada por meio das questões 5 do bloco *Antes da lesão medular* [5) Quantos parceiros sexuais você teve **antes** da lesão medular? ( ) nenhum ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 a 9 ( ) 10 ou mais] e 3 do bloco *Depois da lesão medular* [4) **Após** a lesão medular, quantos parceiros sexuais você teve? ( ) nenhum ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 a 9 ( ) 10 ou mais] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Parceiros sexuais [*Comente sobre as suas parcerias sexuais (seus relacionamentos sexuais). Com quantas pessoas você se envolveu sexualmente após a lesão medular?*] da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (ESexA).

- Orgasmo: compreendido como uma soltura intensa, reflexa e fisiológica da tensão sexual como o ápice ou premiação ao acúmulo de excitação sexual oriundo de toques íntimos, masturbação, felação ou cunnilingus, penetração ou outra atividade sexual, sendo considerado o terceiro e o mais curto dos estágios da resposta sexual humana de Masters e Johnson (1966). Avaliado mediantes as questões 13 dos blocos *Antes da lesão medular* [13) Você consegue dizer qual a intensidade de seu orgasmo **antes** da lesão medular? De nenhum a muito / de 0 a 10] e *Depois da lesão medular* [13) Você consegue dizer qual a intensidade de seu orgasmo **depois** da lesão medular? De nenhum a muito / de 0 a 10] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Orgasmo [*Comente sobre o seu orgasmo (gozar) antes e após a lesão medular. Após a lesão você consegue chegar ao*

orgasmo? Você notou diferença entre os períodos? Como você explica isso?] da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (ESexA).

- Orientação sexual: definida como o sentido do desejo sexual, consiste no que as pessoas gostam em termos de sexo, ou seja, suas preferências sexuais (CARDOSO, 1996). Avaliada por meio das questões 7 dos blocos *Antes da lesão medular* [7) **Antes** da lesão medular, quais das **atividades** abaixo você gostava que seu parceiro fizesse em você? (pode marcar mais de uma alternativa) ( ) beijos ( ) abraços ( ) sexo oral ( ) estimulação com vibrador ( ) intercurso pênis-vagina (penetração) ( ) toques íntimos ( ) estimulação manual ( ) sexo anal ( ) outros. Quais? ____] e *Depois da lesão medular* [7) **Depois** da lesão medular, quais das **atividades** abaixo você gosta que seu parceiro faça em você? (pode marcar mais de uma alternativa) ( ) beijos ( ) abraços ( ) sexo oral ( ) estimulação com vibrador ( ) intercurso pênis-vagina (penetração) ( ) toques íntimos ( ) estimulação manual ( ) sexo anal ( ) outros. Quais? ____] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA.

- Prática sexual: atividades realizadas pelas pessoas durante o ato sexual. Mensurada mediante as questões 6 dos blocos *Antes da lesão medular* [6) **Antes** da lesão medular, quais das **atividades** abaixo você realizava? (pode marcar mais de uma alternativa) ( ) beijos ( ) abraços ( ) sexo oral ( ) estimulação com vibrador ( ) intercurso pênis-vagina (penetração) ( ) toques íntimos ( ) estimulação manual ( ) sexo anal ( ) outros. Quais? ____] e *Depois da lesão medular* [6) **Depois** da lesão medular, quais das **atividades** abaixo você realizava? (pode marcar mais de uma alternativa) ( ) beijos ( ) abraços ( ) sexo oral ( ) estimulação com vibrador ( ) intercurso pênis-vagina (penetração) ( ) toques íntimos ( ) estimulação manual ( ) sexo anal ( ) outros. Quais? ____] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA.

- Prazer sexual: Sentimento ou sensação agradável vinculados à sexualidade, freqüentemente em resposta à estimulação de zonas erógenas. Analisada pelas questões 14 dos blocos *Antes da lesão medular* [14) **Antes** da lesão medular, quais as regiões do seu corpo que lhe **traziam** mais prazer? ( ) boca ( ) pescoço ( ) barriga ( ) ânus ( ) coxas ( ) pés ( ) orelhas ( ) peito (ou seios) ( ) pênis ( ) testículos ( ) clitóris ( ) nádegas ( ) perna ( ) outros. Quais? ____] e *Depois da lesão medular* [14) **Depois** da lesão medular, quais as regiões do seu corpo que lhe **trazem** mais prazer? ( ) boca ( ) pescoço

( ) barriga ( ) ânus ( ) coxas ( ) pés ( ) orelhas ( ) peito (ou seios) ( ) pênis ( ) testículos ( ) clitóris ( ) nádegas ( ) perna ( ) outros. Quais? ____].

- Satisfação sexual: também denominada gratificação sexual, consiste no ato ou efeito de se satisfazer com a vida ou especificamente com o desempenho sexual, referindo-se ao sentimento de saciedade ou aprovação em relação à sexualidade. Mensurada por meio das questões 11 do bloco *Antes da lesão medular* [11) Quanto satisfeito sexualmente você se sentia **antes** da lesão medular? De nenhum a muito / de 0 a 10] e 10 do bloco *Depois da lesão medular* [10) Quanto satisfeito sexualmente você se sente **após** a lesão medular? De nenhum a muito / de 0 a 10] do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA e pelo tópico Satisfação sexual [*Comente sobre a sua satisfação com a vida sexual como um todo e com seu desempenho sexual especificamente.*] da Entrevista de Sexualidade Adaptada (ESexA).

1.4.3. Variáveis-Controles

Referentes à lesão medular:

- Idade de incidência da lesão: tempo decorrido em meses e anos desde o incidente que resultou na lesão medular. Determinada subtraindo-se o tempo de lesão medular, avaliada pela questão 6 do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA [6) Tempo de lesão medular (em meses e anos): _____], da idade atual, avaliada pela questão 1 da anamnese do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA [1) Idade (em anos):_____]. Ao ser controlada, foi expressa como: “até 21 anos” e “acima de 21 anos”.

- Nível da lesão medular: neste estudo foi utilizada a definição de Casalis (2003), o qual refere-se ao segmento em que se localiza a lesão medular. Lesão localizada no segmento cervical (C1 a T1), resultando em diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos, denomina-se tetraplegia. Lesão localizada nos segmentos torácicos (T2 – T12), lombares (L1 a L5) e sacrais (S1 a S5), conservando íntegros os membros superiores embora podendo haver diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva nos segmentos do tronco, membros inferiores ou órgãos pélvicos, conforme o nível exato da lesão, denomina-se paraplegia. Identificado por meio da questão 8 da anamnese do Questionário de Sexualidade

Adaptada – QSexA [8) Nível neurológico da lesão medular: _____]. Ao ser controlado, foi expresso como: nível alto ou "tetraplegia" (T1 ou acima de T1) e nível baixo ou "paraplegia" (abaixo de T1).

- Tempo de lesão: tempo decorrido em meses e anos após o acometimento pela lesão medular. Identificado por meio da questão 6 da anamnese do Questionário de Sexualidade Adaptada [6) Tempo de lesão medular (em meses e anos): _____]. Ao ser controlado, foi expresso como: "pouco tempo de lesão" (até 3 anos) e "muito tempo de lesão" (acima de 3 anos).

Referentes à sexualidade:

- Aconselhamento sexual: são seminários realizados durante o processo de reabilitação com o objetivo de fornecer informações sobre a repercussão da lesão medular sobre a sexualidade humana, com grupos heterogêneos e com a presença dos parceiros, os quais se utilizam de material audiovisual, textos e discussão em grupo para favorecer o ajuste sexual após a lesão medular (MAIOR, 1988). Analisada por meio das questões 15 [15) Você **recebeu** algum tipo de orientação ou aconselhamento sexual **após** a lesão medular? ( ) sim. Por quem? ____ ( ) não], 16 [16) Se **NÃO**, você aceitaria receber orientação ou aconselhamento sexual após a lesão medular (se não tivesse custo financeiro)? ( ) sim ( ) não], 17 [17) E seu **parceiro**, recebeu algum tipo de aconselhamento sexual? ( ) sim ( ) não ( ) não sei] e 18 [18) Você acha que algum tipo de **orientação** melhoraria a qualidade da sua vida sexual? ( ) sim ( ) não ( ) indiferente] do bloco *Depois da lesão medular* do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA.

- Atividade sexual: sinônimo de comportamento sexual compreende o que as pessoas fazem em termos de sexo. Neste estudo, este conceito foi utilizado para avaliar se os participantes encontravam-se ativos ou não-ativos sexualmente. Mensurada por meio das questões 3 do bloco *Antes da lesão medular* [3)Você tinha vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) **antes** da lesão medular? ( ) sim ( ) não] e 3 do bloco *Depois da lesão medular* [3) **Atualmente**, você tem se masturbado ou mantido relação sexual com alguém? ( ) sim ( ) não] do Questionário de Sexualidade Adaptada - QSexA.

Referentes às características sociodemográficas:

- Estado civil: definido como a situação legal do participante em relação ao parceiro sexual. Descrito pelas questões 9 do bloco *Antes da lesão medular* [9) Estado civil **antes** da lesão medular: ( ) solteiro ( ) união estável ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo] e 1 do bloco *Depois da lesão medular* [1) Estado civil **depois** da lesão medular: ( ) solteiro ( ) união estável ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo] do Questionário de Sexualidade Adaptada - QSexA.

- Idade: tempo decorrido desde o nascimento, em anos (LUFT, 1984). Identificada por meio da questão 1 da anamnese do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA [1) Idade (em anos):_____]. Ao ser controlada, foi expressa como: “adulto jovem” (até 30 anos) e “adulto maduro” (acima de 30 anos).

- Prática esportiva regular: participação em modalidade(s) desportiva com periodicidade. Verificado pela questão 29 do bloco *Depois da lesão medular* do Questionário de Sexualidade Adaptada [29) Você pratica atividade física regularmente (mínimo 2x por semana)? ( ) sim ( ) não].

1.5. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimitou-se em avaliar o impacto da lesão medular sobre a sexualidade de 62 homens que não apresentaram déficits cognitivos, maiores de 18 anos e que tiveram algum tipo de atividade sexual antes e/ou após a lesão medular.

Delimitou-se também em compreender o processo de auto-adaptação sexual de 14 homens maiores de idade, que apresentaram cognitivo preservado e que tiveram ou não experiência em qualquer tipo de atividade sexual antes ou após o incidente que originou a lesão.

Por fim, delimitou-se em alicerçar uma proposta inicial de reabilitação sexual, refletindo os anseios, necessidades e potencialidades da população a que se destina, em conjunto a homens com lesão medular, apresentando conservação cognitiva, maiores de idade

– ou entre 16 e 18 anos com autorização dos responsáveis –, parceiras sexuais, profissionais de diferentes áreas da saúde e pesquisadores, envolvendo no total 29 pessoas.

A pesquisa que iniciou sua primeira parte correspondente ao primeiro objetivo principal em março de 2006 transcorreu durante o ano de 2007, finalizando em dezembro do mesmo. A segunda e a terceira partes, relacionadas aos segundo e terceiro objetivos principais, iniciaram-se concomitantemente no mês de maio de 2007 e finalizaram no mês de dezembro do mesmo ano.

A coleta de dados e a aquisição de informações concernentes ao primeiro e segundo estudos desta pesquisa foram realizadas no domicílio do participante, clubes, associações, projetos e eventos esportivos, com duração mínima de dez minutos e máxima de 4 horas, conforme a disposição dos entrevistados e instrumentos aplicados. Os atendimentos característicos do terceiro estudo desta pesquisa foram realizados às terças-feiras nos períodos de maio a julho e de outubro a dezembro, das 19h00min às 21h00min, na sala 7 do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

1.6. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Perfil sexual: delineamento dos aspectos da sexualidade de um indivíduo ou grupo.

Proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular: método de intervenção terapêutica com objetivo de restaurar a vivência plena e saudável da sexualidade de homens com lesão medular, a ser elaborada, desenvolvida e avaliada juntamente com a população a que se destina, para que reflita seus anseios, necessidades e potencialidades.

Reabilitação sexual: intervenção interdisciplinar terapêutica que objetiva a restauração da sexualidade de pacientes acometidos por doença crônica e/ou deficiência física visando à promoção do bem-estar, qualidade de vida e saúde sexuais e, em última instância, a reintegração social.

Readaptação sexual: processo pelo qual as pessoas readaptam-se à sexualidade após evento traumático, doença crônica ou ainda deficiência física, no caso específico deste estudo, após acometimento por lesão medular, com orientação profissional. Vide auto-adaptação sexual.

Repertório sexual: conjunto de práticas sexuais realizadas durante o sexo solitário ou na relação sexual com parceiro.

Sexualidade Adaptada: Alterações na sexualidade em decorrência de doença crônica ou deficiência física.

1.7. ASPECTO ÉTICO

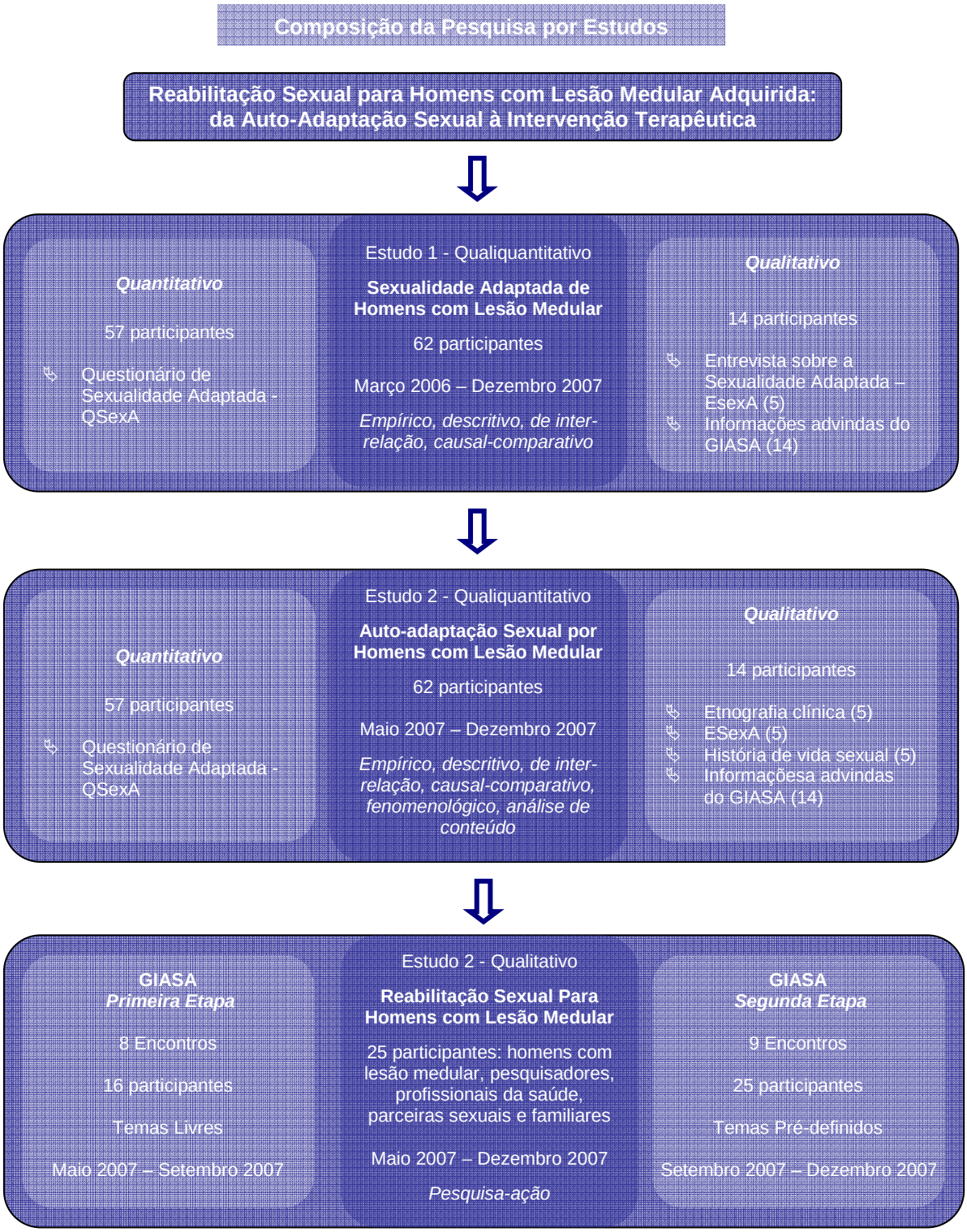
O projeto de pesquisa ***Reabilitação Sexual para Homens com Lesão Medular Adquirida: da auto-adaptação sexual à intervenção terapêutica*** foi submetido em 07.05.2007 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sendo oficialmente aprovado de acordo com os princípios éticos vigentes na data de 06.06.2007. O parecer consubstanciado referente ao projeto de pesquisa, protocolado neste comitê sob o número de referência 75/2007, encontra-se no Anexo A.

Ressalta-se, no entanto, que a pesquisadora já desenvolvia junto ao Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade - LAGESC o projeto de pesquisa *Perfil Sexual de Lesionados Medulares*, também submetido e aprovado pelo supramencionado comitê de ética em 20.02.2006, tendo a pesquisadora, portanto, autorização para o início da coleta de dados que caracterizaram o estudo *Sexualidade adaptada do homem com lesão medular adquirida* que compõe esta pesquisa. O referido parecer é disponibilizado no Anexo B.

1.8. ORGANIZAÇÃO DA PESQUISA

Com o objetivo de favorecer a compreensão sobre a organização da presente pesquisa composta por três estudos, bem como o fluxo de participantes e informações, desenvolveu-se o Mapeamento da Pesquisa disposto adiante.

Figura 1.1. Mapeamento da pesquisa



A introdução à pesquisa encerra-se neste tópico e segue-se à mesma o embasamento teórico que subsidia os estudos subseqüentes.

2. EMBASAMENTO TEÓRICO

Estudar a sexualidade de pessoas com lesão medular, de modo a elucidar a questão do impacto gerado por esta síndrome neurológica sobre a sexualidade humana é fundamental para o processo global da reabilitação e (re)integração social. Para favorecer a compreensão do modo como a sexualidade humana é afetada pela lesão da medula espinhal, anteriormente faz-se necessário o conhecimento prévio sobre a sexualidade humana e seus componentes constituintes, bem como a respeito dos diversos aspectos envoltos na lesão medular. Para alcançar este objetivo de familiarização do tema, será apresentada uma revisão de literatura enfocando os pontos importantes para a compreensão do estudo em questão.

Deste modo, inicialmente será enfatizado o estudo da sexualidade humana, definindo conceitos, abordando os principais estudos realizados com os respectivos conhecimentos originados e resultados relevantes, em seguida será apresentado o estudo da lesão medular e, por fim, discorrer-se-á sobre a sexualidade dos homens com lesão medular, pontuando os aspectos pesquisados relacionados à sexualidade e afetados direta e/ou indiretamente pela lesão medular, bem como os questionamentos pouco elucidados e que serão focalizados neste estudo.

2.1. SEXUALIDADE HUMANA

A sexualidade consiste em um conceito abrangente e inerente ao ser humano, definida a partir de uma perspectiva holística e ecológica, entrelaçando-se a todos os aspectos existenciais do indivíduo, tais como corporal, emocional, social, espiritual, religioso, moral e ético e, como expressão humana, é uma experiência pessoal, construída unicamente por cada ser, embora seja universal a todos.

Envolve, em seu âmbito amplo, dimensões interdependentes e inter-relacionadas, como a físico-biológica, desenvolvida mediante amadurecimento sexual e expressa pelas atividades psicossexuais; psicológica, incluindo a identidade sexual e de gênero, orientação do valor de gênero, estima e imagem sexuais; sociocultural, construída através da interação entre o indivíduo e as estruturas sociais; bem como engloba os aspectos econômico e político. Compreendida como manifestação humana, é fortemente influenciada pelos diferentes períodos históricos, contextos sociais, culturais e religiosos, embora também os influenciem – como verificado pela *Revolução Sexual* –, ainda que em menores proporções (PACKARD, 1968; ALETKEY, 1980; LE MONE; WEBER, 1995; RICHARD *et al.*, 1996; 1997; RESSEL, 2003; MOTT, 2006).

Na busca por uma definição de sexualidade, encontra-se o conceito desenvolvido por Langfeldt e Porter (1986) e aceito pela Organização Mundial de Saúde como constituindo em parte integral da personalidade de todas as pessoas, seja homem, mulher ou criança, consistindo em uma necessidade básica, sendo um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos demais aspectos vitais.

Os autores anteriormente citados sugerem que a sexualidade não é sinônimo de intercurso sexual e, portanto, não se constitui simplesmente na obtenção de orgasmo, como também não se refere à soma total das experiências eróticas de uma pessoa. Ainda, defendem que todas essas questões podem fazer parte da sexualidade de cada um, como igualmente podem não fazê-lo. Afirmam que a sexualidade constitui-se na energia que motiva as pessoas a procurar e encontrar amor, contato, calor humano e intimidade, sendo expressa pelo modo como se sentem, movimentam, tocam e são tocadas. Por fim, indicam que está relacionada a ser seres sensuais assim como sexuais, influenciando os pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por meio disso, a saúde física e mental (LANGFELDT; PORTER, 1986).

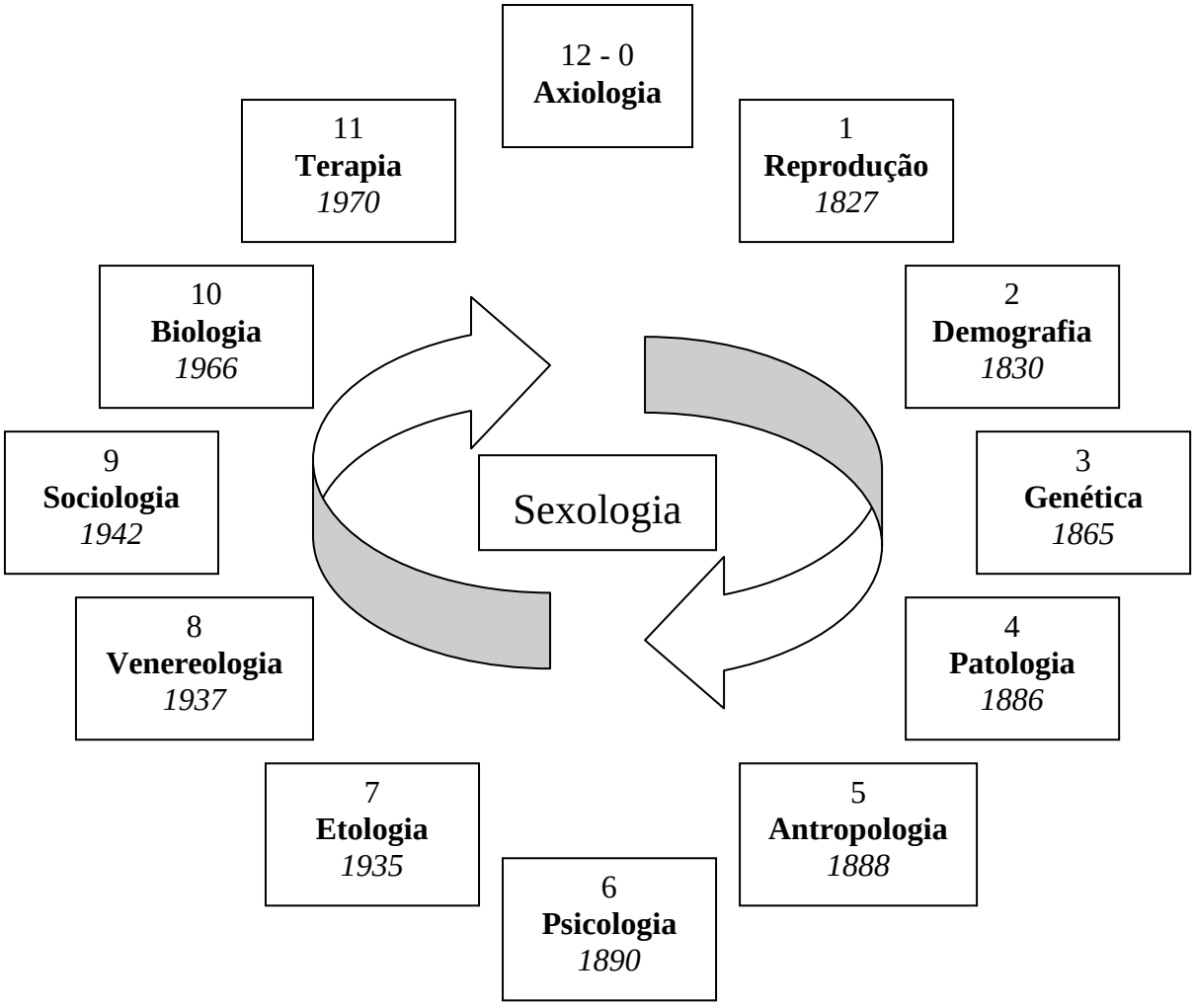
É importante salientar na definição de sexualidade de Langfeldt e Porter (1986) a distinção dos aspectos biológicos do sexo, do conceito amplo que cerca a sexualidade humana. No entanto, percebe-se que por se tratar de um conceito complexo, há extrema dificuldade dos autores em defini-la objetiva e precisamente, característica também encontrada na conceituação de sexualidade sugerida por Cole e Cole (1994), como sendo definida e expressa pelo modo como as pessoas apresentam seu corpo, atividade, preferências de relacionamento e aversões.

Segundo Foucault (1988), apesar da concepção negativa e do tratamento proibitivo, a sexualidade foi inicialmente posta em discurso pela religião até o século XIX, e posteriormente pela psiquiatria por Krafft Ebing (1840-1902), Hirchfeld (1868-1935) e Freud

(1856-1939). Desde então, o discurso da sexualidade transitou pela Axiologia e demais disciplinas descomprometidas com o erótico, passando pela Antropologia, Patologia "das perversões", Psicologia, Sociologia com Kinsey e, por fim, Biologia e Fisiologia Sexual de Masters e Johnson complementando, na metade do século XX, o contexto Bio-psico-sociocultural da sexualidade e demonstrando a complexidade do tema abordado (KUSNETZOFF, 2006).

Assim, verifica-se que a sexualidade e seus componentes foram focos de estudos por diversas ciências, que utilizaram procedimentos específicos guiados por questionamentos particulares ao ser sexuado originando conhecimentos parciais. Da integração dos conhecimentos das disciplinas e ciências que contribuíram, e ainda contribuem, com elementos para a compreensão da sexualidade humana, surgiu a ciência da Sexologia, iniciada como o campo integrador dos conhecimentos produzidos há cerca de 150 anos e ilustrada na figura a seguir por meio do relógio proposto por Kusnetzoff, Martín e Madrid em 1980.

Figura 2.1. Relógio da Sexologia proposto por Kusnetzoff *et al.* (KUSNETZOFF, 2006).



A Sexologia foi definida por Sirlin (1973) citado por Kusnetzoff (2006) como sendo a disciplina científica e humanística que sistematiza os conhecimentos teóricos e práticos relacionados ao sexo e à sexualidade em seus aspectos fundamentais: biológico, psicológico, social e cultural, sendo cada um deles factível de divisões, de modo a abarcar e aprofundar sobre a problemática sexual.

Resumidamente, em 1827, Von Baer descobre o gameta feminino, em um período onde tanto a lei quanto a religião associavam o sexo com a ***reprodução*** e, assim, a função reprodutiva legitimou a sexualidade humana, principiando a Sexologia científica. A idéia de reprodução humana conectada a problemas de ordem econômica, moral, filosófica e ecológica impulsionou o estudo ***demográfico***. A ***genética*** esclareceu a origem dos sexos, os códigos e moldes da conduta sexual intimamente vinculados à reprodução.

A ***Patologia sexual***, por sua vez, atribuiu à cultura o aprendizado e condicionamento das disfunções sexuais e suas variantes. A ***Antropologia*** social e cultural e a ***Filosofia*** estudaram o homem em sua dimensão sexual e, por sua vez, a ***Psicologia*** compreendeu a evolução humana que culminou na função intelectual, determinante da função erótica, que junto da função reprodutiva, completam as duas dimensões da sexualidade humana.

A ciência do comportamento instintivo, a ***Etologia***, resgatou a dimensão animal do homem, contribuindo para a Sexologia com a herança filogenética modificada pela bipedestação e longa dependência parental. A ***Venereologia*** libertou o homem do moralismo que associava o prazer com as enfermidades e a ***Sociologia*** revelou o comportamento sexual humano no exercício de sua função erótica.

A ***Biologia*** e a ***Fisiologia sexual***, assim como outras ciências médicas, resgataram o direito ao prazer ao compreender as fontes e mecanismos sexuais. Finalmente, a ***Terapia Sexual*** possibilitou a compreensão e a solução das disfunções sexuais. Onipresente, a ***Axiologia*** define as atitudes e os valores sexuais, normatizando-os, reprimindo-os ou negando-os.

Antes mesmo do surgimento da Sexologia como ciência, já proliferavam os discursos entre as diversas ciências e disciplinas como Pedagogia, Psiquiatria, Psicologia, Higiene, Medicina etc. sobre a questão do controle do comportamento reprodutor e regulação das condutas individuais, a partir de enunciados que definiam o normal e o anormal.

Segundo Bozon (2004), é nesse contexto que surge a ciência da sexualidade, pautada na normalidade sexual que instaura a tentativa de medicalização geral dos comportamentos, uma vez que seu foco recai sobre as doenças venéreas, as perversões, as quais reduziram significativamente o espaço da normalidade por abranger desde a sexualidade oral à zoofilia,

ou qualquer situação que ameaçasse a efetivação da sexualidade normal. O alvo incidiu sobre as crianças, sendo a masturbação condenada, e sobre as mulheres, devendo suas atitudes ser voltadas ao papel materno e de esposa.

Enfatizando o papel das perversões no contexto de ameaça à normalidade, a teoria freudiana da sexualidade, utilizando-se da oposição entre normal e anormal, sugere que a predisposição original não advém do instinto de reprodução, mas da busca de prazer, ou seja, de uma inclinação geral às perversões (BOZON, 2004).

No início do século XX, enfocando não mais a normalidade-anormalidade sexual, mas a questão do prazer e do orgasmo, voltados ao funcionamento conjugal, é inaugurada a Sexologia contemporânea a partir de Kinsey e posteriormente por Masters e Johnson, os quais conduziram importantes estudos relacionados ao comportamento sexual humano e que serão abordados a seguir, conjuntamente aos demais componentes da sexualidade humana.

2.1.1. Comportamento Sexual

O comportamento sexual, também designado atividade sexual e definido por Cardoso (1996) como o que as pessoas fazem em termos de sexo, vem sendo amplamente estudado, merecendo destaque a pesquisa conduzida pelo Dr. Alfred C. Kinsey, da Universidade de Indiana, realizada com o auxílio dos doutores Wardell B. Pomeroy, Clyde E. Martin e Paul H. Gebhard (KINSEY *et al.*, 1948; 1953).

Entre os anos de 1938 a 1953, Kinsey e seus colaboradores entrevistaram e analisaram a história de vida sexual detalhada de 16.392 pessoas, sendo o primeiro senso de impacto realizado sobre a sexualidade humana, o qual desvendou o mundo privado da vida sexual, revelando-o ao público mediante as publicações em 1948 do livro *Sexual Behavior in the Human Male* sobre o comportamento sexual dos homens, e em 1953 abordou o comportamento sexual das mulheres (KINSEY *et al.* 1948; 1953; BRECHER; BRECHER, 1969).

Realizado em um período onde sexo não consistia em tópico de conversação, no qual as mulheres supostamente deveriam relutar a fazer sexo e as atividades sexuais pré-maritais, extraconjugais e o homossexualismo consistiam em comportamentos ilegais, o relatório de Kinsey e colaboradores revelou uma grande variedade de comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis, indicando por exemplo que as mulheres gostavam de sexo; cerca de $^{1}/_{3}$ dos homens (37%) e das mulheres (28%) tiveram, ao menos uma vez, atividade sexual com

parceiro do mesmo sexo; masturbação, atividade sexual pré-marital e extraconjugal eram comuns tanto para homens quanto para mulheres; quando crianças, alguns experimentaram excitação sexual e se masturbavam devido à curiosidade ou exploração da sexualidade; como também, verificou que 10% dos homens e 25% das mulheres foram sexualmente abusados na infância. Seus resultados ainda sugeriam que 90% das mulheres em torno de 35 anos tiveram orgasmos e, entre as 10% restantes, apenas 2% não gostavam de atividade sexual, um número significativamente menor do que se esperava para a época (KINSEY *et al.*, 1948; 1953; BRANNON, 1999).

Os críticos, contudo, advertiram – e o próprio Dr. Kinsey encontrava-se ciente – sobre a debilidade das informações obtidas por meio da técnica indireta do auto-relato, uma vez que depende da capacidade de cada indivíduo observar sua própria prática, vinculando-se à auto-percepção, bem como está sujeita ao compromisso, ou não, do participante com a verdade. Entretanto, constitui-se no método mais utilizado em pesquisas sobre a sexualidade devido aos dilemas científicos, práticos e éticos que envolvem outros métodos de pesquisa (BRECHER; BRECHER, 1969; ALEXANDER *et al.*, 1993; BRANNON, 1999).

Muitos outros estudos utilizaram-se da metodologia de investigação adotada por Kinsey como pode-se citar o Hunt's Playboy Foundation Survey, que verificou o comportamento sexual de norte-americanos na década de 1970, o Relatório Hite (HITE, 1978), que verificou o mesmo entre 1972 e 1975. A mais recente, datada da década de 90 e considerada a principal pesquisa auto-avaliativa (do tipo survey) aplicada em larga escala sobre as práticas sexuais da população anteriormente mencionada, foi realizada pelo National Opinion Research Center por Laumann e colaboradores (BRANNON, 1999; LAUMANN *et al.*, 1994; MICHAEL *et al.*, 1994).

Outro ponto tênue emergido na pesquisa de Kinsey consistia na necessidade de se realizar observações científicas diretas das práticas sexuais, principalmente para a descrição das reações ou respostas sexuais (KINSEY *et al.*, 1948; SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Com o objetivo de minimizar esta dificuldade, os pesquisadores recorreram a diversas técnicas, entre as quais a observação minuciosa das reações sexuais de outros mamíferos e o relato de pessoas que observaram a relação sexual de outros casais, inclusive o próprio Dr. Kinsey, que no entanto não pôde efetivar seu estudo em laboratório em decorrência de sua morte (BRECHER; BRECHER, 1969; KINSEY *et al.*, 1948). Segundo Brecher e Brecher (1969) foi o Dr. William H. Masters quem deu continuidade ao estudo de Kinsey e seus colaboradores.

Em 1954, Masters inicia sua pesquisa sobre um dos assuntos pouco estudados, nunca pesquisado em laboratório e mais atraente da fisiologia humana, a fisiologia do sexo, ou seja, a resposta sexual humana caracterizada pelas reações ao estímulo sexual, que serão abordadas no tópico específico da função sexual.

2.1.2. Função Sexual

A função sexual humana é constituída pelo desejo sexual, caracteristicamente subjetivo e compreendido pela vontade de fazer sexo e respostas sexuais humanas, tipicamente fisiológicas, da excitação, platô, orgasmo e resolução (MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969; ALEXANDER *et al.*, 1993).

Pioneiramente na década de 50, o médico William H. Masters e a psicóloga Virginia E. Johnson conduziram pesquisas em laboratório onde investigaram o comportamento sexual de homens e mulheres, enfatizando o funcionamento sexual e obtendo importantes informações sobre a anatomia e fisiologia da resposta sexual humana (MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969).

Masters, refletindo sobre o destacado estudo de Kinsey e colaboradores a respeito do comportamento sexual, percebendo que os pesquisadores não verificaram as respostas fisiológicas à estimulação sexual, bem como abstraindo de sua prática clínica em ginecologia a lacuna existente relacionada à vivência da sexualidade na gestação, às gestações indesejadas mesmo diante da utilização de contraceptivos, aos problemas referentes à infertilidade e, principalmente, deparando-se com muitos casais que compartilhavam frustrações, incapacidades, disfunções e até mesmo a incompatibilidade sexual, formulou como problema de pesquisa que os fundamentos do comportamento sexual não poderiam ser estabelecidos sem, contudo, responder a duas questões: Quais as reações físicas obtidas por homens e mulheres em resposta à estimulação sexual? e Por que homens e mulheres reagem como o fazem em resposta ao estímulo sexual efetivo (MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969).

Baseado nos questionamentos formulados, Masters objetivou em sua pesquisa fornecer informações fundamentadas cientificamente para, em segundo momento, prover respostas definitivas aos problemas de disfunção sexual (MASTERS; JOHNSON, 1966).

O pesquisador inicia seus estudos entrevistando 118 prostitutas profissionais e 25 garotos de programa. A escolha por essa população deveu-se à crença de que seria a única fonte de sujeitos dispostos a participar voluntariamente de seus estudos. Seu objetivo, no

entanto, era realizar observações diretas e obter mensurações físicas durante a atividade sexual, objetivando o estudo da sexualidade humana normal. Contudo, Masters considerava as prostitutas participantes atípicas, devido ao seu comportamento sexual diferenciado ao da população em geral, sendo freqüentemente acometidas por patologias na pélvis, o que geraria resultados alterados, não sendo portanto incluída no estudo a coleta obtida com essa população.

Não obstante, as participantes descreveram uma série de métodos para elevar e controlar as tensões sexuais, demonstrando inúmeras técnicas estimulantes, posteriormente integradas ao programa de investigação clínica, sendo aplicadas como terapêutica na disfunção sexual tanto feminina quanto masculina, fundamentando o tratamento posteriormente instituído (MASTERS; JOHNSON, 1966).

O pesquisador, então, encontrou voluntários na comunidade médica de St. Louis e entre os casais de pacientes aos quais assistia dispostos a participar de sua pesquisa, onde observava em laboratório a masturbação e intercurso sexual realizados pelos participantes, sendo que as mulheres ainda realizavam coito artificial e estimulação dos seios. Na busca pelos participantes, selecionou Virginia E. Jonhson, psicóloga, para auxiliá-lo nas entrevistas, o que veio a se tornar essencial em seus estudos (MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969).

A pesquisa, de amostragem intencional e não-probabilística, uma vez que hipotetizaram que as respostas sexuais modificariam pouco entre as pessoas, teve um total de 694 participantes, sendo 276 casais heterossexuais, 106 mulheres solteiras e 36 homens solteiros. Entre as mulheres, os pesquisadores adotaram o critério de inclusão de obtenção regular de orgasmos, devido à especial atenção conferida ao estudo deste componente da resposta sexual, restringindo a amostra dessas participantes (BOZON, 2004; MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969).

No laboratório, os casais realizavam intercurso sexual, masturbavam-se um ao outro ou engajavam-se em atividade de sexo oral. Entre os participantes solteiros, os homens se masturbavam e as mulheres se masturbavam ou eram estimuladas por um pênis artificial, tendo suas atividades genitais durante a excitabilidade e o orgasmo mensuradas. Os pesquisadores também obtiveram as medidas fisiológicas de batimentos cardíacos, contração muscular e pressão sanguínea (BOZON, 2004; MASTERS; JOHNSON, 1966; BRECHER; BRECHER, 1969).

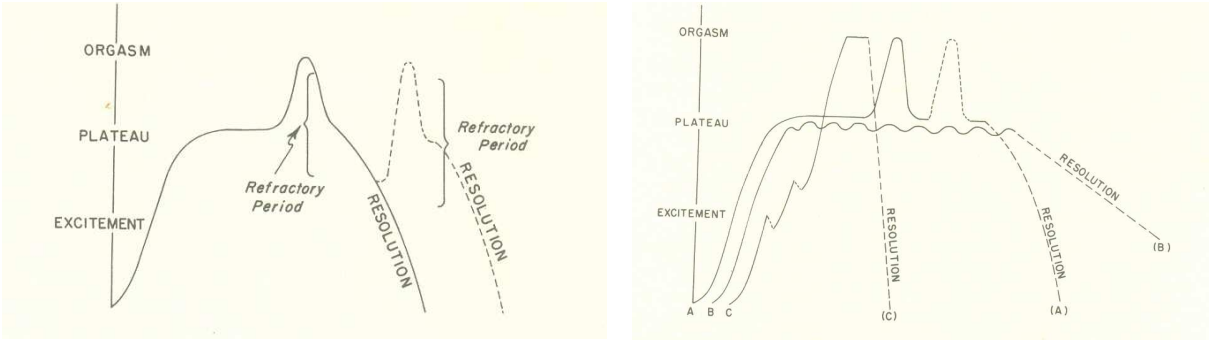
Os pesquisadores observaram, em um período de 11 anos, cerca de 10.000 ciclos de reações sexuais, sendo mais de 7.500 ciclos femininos e mais de 2.500 masculinos, dos quais

apenas 118 reações femininas não culminaram em orgasmo enquanto houve 220 falhas entre as reações masculinas, justificadas pelos autores como em conseqüência ao fator sociocultural, onde o fracasso sexual compromete principalmente aos homens, sendo que o temor ao fracasso constitui um dos principais fatores que conduzem ao mesmo (BRECHER; BRECHER, 1969; HYDE, 2006).

Como resultado, Masters e Johnson (1966) universalizaram as fases progressivas do ciclo de resposta fisiológica sexual humana: excitação, platô, orgasmo e resolução, constituindo-se no modelo mais amplamente aceito e utilizado no meio acadêmico, apesar das críticas recebidas, tais como os resultados tendenciosos devido à amostragem intencional; obtenção e interpretação dos dados conforme noções preconcebidas, o que explicaria o fato de nem todos os estágios serem apropriados a todos; grande ênfase na separação desnecessária entre algumas fases do comportamento sexual; não consideração dos fatores associados à prontidão subjetiva; e o fato de não oferecerem explicação para padrões dos componentes neurológicos (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

A resposta do corpo humano ao estímulo sexual começa tanto nos homens quanto nas mulheres em decorrência a um estímulo, podendo culminar em orgasmo e termina devolvendo o corpo ao estado inicial de repouso. Apesar das variações em duração e intensidade, um único padrão de resposta sexual foi encontrado entre os homens. No entanto, foram encontrados entre as mulheres três padrões diferentes, para os quais devem-se também considerar as mesmas variações mencionadas na população masculina (MASTERS e JOHNSON, 1966). Os gráficos representando os ciclos de resposta sexuais podem ser visualizados na Figura 2.2.

Figura 2.2. Ciclos de respostas sexuais masculino e feminino.



Ciclo de resposta sexual masculino

Ciclo de resposta sexual feminino

Fonte: MASTERS; JOHNSON (1966).

A fase de excitação referente à resposta sexual inicial, segundo Masters e Johnson (1966), desenvolve-se diante de qualquer estimulação somatogênica ou psicogênica, bastando ser o estímulo suficiente para aumentar a tensão sexual e estender o ciclo passando-se à fase seguinte, sendo que, quanto mais adequado for o estímulo ao indivíduo, mais a resposta é intensificada, podendo essa fase ser acelerada ou reduzida. Esta fase, juntamente com a fase de resolução, consome a maior parte do tempo despendido ao ciclo de resposta sexual humana. Caso o estímulo cesse, retorna-se ao estado de repouso (MASTERS; JOHNSON, 1966; COLE; COLE, 1994).

No homem, esta fase resulta em ereção peniana devido à vasocongestão e como reação secundária apresenta contração de diversas fibras musculares, músculos e grupos de músculos, sendo que alguns apresentam ereção parcial dos mamilos. Na mulher, por sua vez, ocorre o umedecimento da vagina com fluido lubrificante entre os 10 a 30 segundos após o início da estimulação sexual, tanto por estímulo fisiológico, direto ou indireto, como por estímulo psicogênico, consistindo em uma reação de suor das paredes vaginais. Também se nota a protuberância do clitóris, ereção dos mamilos e aumento do tamanho dos seios. Em ambos, verifica-se aumento dos batimentos cardíacos e da pressão sanguínea, aparecendo o rubor sexual, entre outras modificações dispostas na tabela 2.1 (MASTERS; JOHNSON, 1966).

Se a estimulação sexual efetiva prosseguir, o indivíduo, seja homem ou mulher, entra na fase de platô, estendendo-se desde o término da fase de excitação até o início da fase de orgasmo, onde a tensão sexual é intensificada conduzindo ao orgasmo. Contudo, se a estimulação não for efetiva ou cessar, o corpo mostrará redução gradual dos fenômenos fisiológicos (MASTERS; JOHNSON, 1966; COLE; COLE, 1994).

A duração desta fase dependerá da efetividade do estímulo empregado em combinação com o fator pessoal de dirigir-se ao extremo da tensão sexual. Caso um dos componentes citados seja inadequado, o indivíduo dificilmente alcançará o orgasmo e lentamente passará para a fase de resolução, onde o organismo retorna ao estado inicial. Esta fase caracteriza-se pela intensificação dos processos de vasocongestão e miotonia devido ao incremento da tensão sexual, onde a vasocongestão alcança seu auge, até que seja suficiente para culminar na fase seguinte de orgasmo (MASTERS; JOHNSON, 1966; HYDE, 2006).

A fase de orgasmo, conforme Masters e Johnson (1966), limita-se pelos poucos segundos a partir da liberação da vasocongestão e da miotonia oriundas da estimulação sexual. O clímax involuntário é alcançado a partir de qualquer nível que represente incremento na tensão sexual máxima para a ocasião em particular.

A percepção de orgasmo tem seu foco na pélvis, especificamente concentrado na vagina, clitóris e útero nas mulheres, e no pênis, próstata e vesícula seminal nos homens. Todo o corpo é envolvido na resposta à tensão sexual, fisiologicamente bem definida, embora experimentada subjetivamente conforme os padrões de reação individuais.

Há grande variação na duração e intensidade em relação ao orgasmo entre os sexos, onde as mulheres experimentam contrações rítmicas dos músculos pubococcígeos, enquanto os homens tendem a seguir padrões como de reação ejaculatória durante o orgasmo, com menores variações individuais, sendo conscientes das contrações rítmicas dos músculos perineais. Em ambos os sexos, a contração do esfíncter anal ocorre sincronicamente com contrações do assoalho pélvico.

Por fim, afirmam Masters e Johnson (1966), homens e mulheres passam do alto de suas expressões orgásticas para a última fase do ciclo sexual, ou seja, de resolução. Este período involuntário de diminuição de tensão desenvolve-se como uma reação padrão reversa, que retorna o indivíduo das fases de excitação e platô para um estado de pré-estimulação e relaxamento.

As mulheres têm condições de novamente obter orgasmo a partir de qualquer ponto da fase de resolução, quando submetidas a reestimulação efetiva, facilitando a expressão de múltiplos orgasmos. Os homens, no entanto, passam pelo período refratário, não havendo resposta de excitação sexual por mais que haja estímulos sexuais, sendo a estimulação sexual apenas efetiva e alcançando altos níveis de tensão sexual após este período, que pode durar de minutos a dias dependendo da idade e intensidade da estimulação sexual. As mulheres têm curtos períodos refratários e podem ser multiorgásticas (COLE; COLE, 1994).

A contribuição de Masters e Johnson tornou-se um marco na área, uma vez que, ao mensurar diretamente o comportamento na atividade sexual, alerta aos limites dos dados indiretos, pois nem sempre há percepção acurada do próprio comportamento sexual, sobretudo de detalhes que somente, ou de forma mais precisa, instrumentos de medidas como eletrodos e câmeras conseguem captar.

A tabela 2.1 representa os resultados fisiológicos obtidos por Masters e Jonhson.

Tabela 2.1: Resposta Fisiológica Sexual Humana de Masters e Johnson.

CICLO DE RESPOSTA SEXUAL DE MASTERS E JOHNSON			
Fases	**Homem**	**Mulher**	**Ambos**
Excitação	Congestão dos corpos cavernosos do pênis, início da elevação testicular e engrossamento da pele escrotal. Em três quintos ($^3/_5$) dos indivíduos ocorre ereção dos mamilos.	Alargamento do diâmetro do clitóris, lubrificação vaginal, constrição do terço inferior da vagina combinada com dilatação dos dois terços superiores e início da elevação uterina para dentro da pelve. Ocorre ereção dos mamilos, alargamento areolar e realce da cor associados.	Há tensão da musculatura voluntária, podendo haver contração de alguma musculatura involuntária, aparecendo o rubor sexual na pele. O pulso se acelera e a pressão arterial aumenta. No final da fase de excitação da prontidão sexual ocorre miotonia.
Platô	Ereção completa do pênis, aumento no diâmetro e na cor da glande do pênis, aumento no tamanho testicular acima da linha basal, possibilidade de queda de secreção da glande de Cowper no meato uretral. Se a ereção dos mamilos não ocorreu anteriormente, pode ocorrer nesta fase.	Como resultado da vasocongestão contínua, desenvolve-se plataforma orgástica na vagina, com redução do terço externo da vagina e baloneamento adicional para os dois terços ($^2/_3$) superiores, com elevação acentuada do útero, enquanto o corpo e o clitóris se retraem, havendo aumento no tamanho das mamas e dos mamilos. Pode haver secreção das glândulas de Bartholin. Algumas mulheres podem ficar "saciadas" nesta fase e passar direto para fase de resolução.	Ocorre aumento do tônus muscular e da freqüência cardíaca e respiratória, aumento da pressão arterial, podendo ocorrer rubor sexual, vermelhidão no tórax, pescoço e face, caso ainda não tenha aparecido, ou intensificando e se estendendo, caso tenha ocorrido. Aumenta a tensão na musculatura voluntária e involuntária, podendo ocorrer contrações espásticas. Pode haver contração de esfíncter anal.
Orgasmo	Contração das vesículas seminais, ductos deferentes e próstata, resultando em extravasamento do líquido seminal, seguido por ejaculação concomitantemente ao fechamento do colo da bexiga, havendo somente um orgasmo por ciclo.	Entre 3 e 12 contrações musculares rítmicas da plataforma orgástica (terço externo da vagina e região adjacentes), do útero e trompas uterinas, podendo ocorrer um ou múltiplos orgasmos.	Aumentos adicionais na freqüência cardíaca, pressão arterial e freqüência respiratória, com acentuação do rubor sexual, contrações involuntárias rítmicas na musculatura do períneo.
Resolução	Período refratário pós-ejaculação, durante o qual não ocorre outra ejaculação. Suor na palma das mãos e plantas dos pés.	Em algumas mulheres pode aparecer uma fina camada de suor.	Relaxamento da tensão muscular corporal, retorno da vasoconstrição à normalidade e desaparecimento do rubor. Perspiração geral em conjunto com uma reversão gradual das alterações anatômicas, físicas e fisiológicas mencionadas.

Enquanto Masters e Johnson descreveram a resposta sexual como uma seqüência ordenada de um evento único e inseparável, Kaplan (1977) assegura que a resposta não constitui uma entidade única, sendo, ao contrário, bifásica, composta por dois componentes distintos e relativamente independentes, uma reação vasocongestiva genital – produzindo no homem ereção peniana e, na mulher, lubrificação vaginal e intumescência –, e as contrações musculares clônicas reflexas – constituindo o orgasmo em ambos os sexos –, sugerindo um modelo de resposta sexual de três fases, sendo a primeira de prontidão subjetiva, expressa pelo desejo sexual e as demais, fisiológicas, compreendidas pela excitação e orgasmo A tabela 2.2 demonstra o modelo de resposta sexual de Kaplan (1977).

Tabela 2.2. Modelo de Resposta Sexual de Kaplan (1977)

Desejo	Refere-se à experiência de sensações específicas que motivam o indivíduo a iniciar ou se tornar responsivo à estimulação sexual. Considera-se que esse processo tenha um controle neurofisiológico central, sendo um componente psicológico relativamente independente dos demais possuindo, contudo, inter-relação com a fase de excitação.
Excitação	Caracterizada simplesmente pela vasocongestão genital. Associada com estimulação de vias reflexas periféricas da medula espinhal, a ereção no homem e lubrificação vaginal na mulher faz-se por intermédio do sistema nervoso autônomo parassimpático.
Orgasmo	Consiste em contrações musculares reflexas na pelve. Associada com estimulação de vias reflexas periféricas da medula espinhal, a ejaculação é uma função do sistema nervoso simpático.

Apesar das críticas dirigidas a esse modelo, como não corresponder à realidade considerando que não necessariamente o desejo é precursor à excitação ou ao orgasmo, ou devido à simplificação excessiva das etapas de excitação e orgasmo, como se ocorressem por meio de mecanismos reflexos, é o modelo incorporado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2004; SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Bancroft (1989), igualmente estudando a resposta sexual, abrange seu conceito formulando-o segundo o modelo psicossomático, composto pelo sistema límbico e os centros espinhais medulares, influenciados por mecanismos cognitivos que dependem de fatores

socioculturais, da auto-avaliação das próprias respostas sexuais e estímulos sensoriais (apud CARDOSO, 2004).

Embora a sexualidade, intimidade e função sexual constituam-se em diferentes aspectos, usualmente encontram-se interligados, sendo que a função sexual exerce impacto sobre toda a personalidade e suas alterações, ou seja, as inadequações e disfunções sexuais podem apresentar-se em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, em diferentes épocas da vida e em decorrência a diversificados fatores, podendo afetar a personalidade e as relações interpessoais do indivíduo, refletindo negativamente na qualidade de vida e saúde sexuais, aspectos importantes que serão abordados na continuidade deste estudo (MASTERS; JOHNSON, 1966; KAPLAN, 1977; 1982; COLE; COLE, 1994).

2.1.3. Orientação Sexual

A orientação sexual também configura-se como um dos componentes da sexualidade humana e, segundo Cardoso (1996), pode ser definida como o sentido do desejo sexual, consistindo no que as pessoas gostam em termos de sexo. Mais utilizado em referência ao sexo do parceiro, também pode ser empregado nos conceitos de prática sexual, ou seja, as práticas sexuais que as pessoas apreciam.

Propostos por Kinsey, Pomeroy e Martin (1948) para estudar a realidade social norte-americana, os termos homossexual, heterossexual e bissexual são os conceitos que classificam a orientação sexual humana, sendo as definições mais recentes as relacionadas à direção da preferência ou comportamento sexual para indivíduos do sexo oposto (heterossexualidade), do mesmo sexo (homossexualidade) ou para ambos os sexos (bissexualidade).

Autores como Cardoso (1996) alerta para o fato de que esses critérios referentes ao sexo do parceiro são bem utilizados para diferenciar os homossexuais dos heterossexuais na classe média urbana, não apresentando aplicabilidade nas classes populares da maioria dos países em desenvolvimento, uma vez que utilizam a posição no ato sexual para fazer essa distinção, sendo os homens classificados não como homo ou heterossexuais, mas como ativo ou passivo.

No entanto, o termo orientação sexual neste estudo será empregado de forma abrangente, para designar as atividades sexuais que as pessoas e seus parceiros gostam de realizar ou, em outras palavras, as preferências sexuais.

2.1.4. Qualidade de Vida e Saúde Sexuais

Como parte constitutiva de todo ser, o desenvolvimento pleno e saudável da sexualidade faz-se fundamental para o bem-estar individual, interpessoal e social, o que, por sua vez, remete-nos aos conceitos de saúde e especificamente ao de saúde sexual.

Decorrente de sua complexidade e abrangência, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, define o conceito de saúde não simplesmente como ausência de doença, porém pautado na condição de equilíbrio gerado pelo bem-estar físico, mental e social, sendo posteriormente sugerido, por entidades do setor, acrescer o campo espiritual. Este estado seria atingido através da identificação de aspirações, satisfação das necessidades e modificação favorável do meio ambiente (OMS, 1946; OPAS, 1986).

Contudo, a utilidade e validade desta definição vem sendo criticada havendo, na atualidade, uma discussão pautada sobre seus pontos críticos, como ao referir-se a um ‘estado’, enquanto que, em sua essência, a saúde caracteriza-se por consistir em um processo, e ao aludir a este estado como sendo completo, o que pode ser interpretado com significado de perfeição, tornando-o inatingível (EDWARDS; COLEMAN, 2004).

Edwards e Coleman (2004) em seu estudo citam as reflexões de Saracci, a qual afirma que, de acordo com o progresso da medicina, as realidades dos custos e o foco da definição na felicidade, a conceituação de saúde exacerba as disparidades nos cuidados da mesma. Contudo, a definição original criada pela OMS em 1946 não foi revisada, sendo que esta estabeleceu o princípio fundamental que alicerça as subseqüentes definições dos variados conceitos relacionados à saúde, inclusive ao de saúde sexual. A principal contribuição desta definição é a característica de que saúde é mais que ausência de doença ou deficiência, incluindo também o componente subjetivo de bem-estar.

Em 1975, a Organização Mundial de Saúde publicou a primeira definição internacionalmente aceita de saúde sexual como sendo “[...] a integração dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser sexual, de modo que enriqueçam positivamente e realcem sua personalidade, comunicação e amor” (OMS, 2002, p. 04).

Na elaboração do conceito de saúde sexual, o documento salientou a importância à informação sobre a sexualidade e aos direitos ao prazer. O relatório da OMS de 1975, ainda, identificou elementos adicionais relacionados à saúde sexual, tais como a capacidade de desfrutar o sexo, de controle sexual e comportamento reprodutivo conforme a ética pessoal e social; a liberdade de medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros fatores psicológicos que

inibem a resposta sexual e que afetam o relacionamento sexual; e ausência de desordens orgânicas, doenças e deficiências que interfiram na função sexual e reprodutiva.

Em outro encontro realizado em 1987 pelos escritórios regionais europeus da OMS com a finalidade de avaliar o progresso realizado no campo da sexualidade humana, planejamento familiar e saúde, objetivou-se especificamente o desenvolvimento da compreensão de saúde sexual, revisão dos fatores que a afetam e sugestão de indicadores para a avaliação da efetividade dos programas, de modo a favorecer o movimento das nações européias em direção à melhoria da saúde sexual. Neste relatório, entretanto, argumentou-se sobre a definição inviável e indesejada de saúde sexual, afirmando que este não se trata de um conceito científico, uma vez que reflete uma compreensão cultural, por sua vez moderada pelo tempo e pelos valores prevalecentes.

Recentemente, em 2002, uma reunião da OMS com os objetivos de rever a definição original e considerar novas estratégias para a promoção da saúde sexual ao redor do mundo, ampliou o conceito do termo para:

> Saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e aos relacionamentos sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para a saúde sexual ser alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (OMS, 2002, p.05).

Observa-se, contudo, que esta definição baseou-se literalmente no conceito de saúde, somente direcionado à esfera sexual. Seu conteúdo restante constitui-se de afirmações que a caracterizam e a garantem.

De modo geral, se ampliarmos o conceito de saúde, de forma a incorporar a sexualidade, pode-se compreender a saúde sexual como a vivência plena e saudável da sexualidade, a qual engloba, entre outros aspectos, os relacionados à identidade sexual, à orientação e ao comportamento sexuais, à função sexual e saúde reprodutiva, à integridade física e, por fim, aos direitos sexuais.

Considerado um direito humano básico, a World Association for Sexology (WAS, 1999) para assegurar o desenvolvimento saudável da sexualidade, instituiu, na Declaração de Direitos Sexuais Humanos, a saúde sexual como sendo o resultado de um ambiente que reconhece, respeita e exercita os direitos sexuais, envolvendo a liberdade, autonomia,

integridade, privacidade, prazer, expressão e livre associação sexuais; escolhas reprodutivas livres e responsáveis, informação científica, educação sexual, prevenção e tratamento de problemas sexuais, constituindo em um direito fundamental que deve ser reconhecido, promovido, respeitado e defendido, em relação aos indivíduos em geral, sem contudo excluir as pessoas deficientes, as quais encontram-se mental ou fisicamente debilitadas, como as pessoas com lesão medular, as quais receberão especial atenção neste estudo.

2.2. LESÃO DA MEDULA ESPINHAL

Para a melhor compreensão do estudo em questão, faz-se necessário maior aprofundamento teórico-conceitual sobre a enfermidade enfocada.

A *lesão medular* compreende uma grave e complexa síndrome incapacitante, que ocasiona alterações neurológicas significativas em decorrência de má formação neurológica fetal, quando se trata de lesão congênita, ou em conseqüência a laceração, punção, compressão, hemisecção ou secção de um ou mais segmentos da medula espinhal, provocado por evento traumático ou patologia, em se tratando de lesão adquirida (SCHNEIDER, 1994a; GREVE, 2001; CASALIS, 2003; CARDOSO, 2004).

É responsável por desencadear um grave quadro de doença crônica e deficiência física, caracterizando-se por distúrbios motores, sensitivos e neurovegetativos dos segmentos corporais localizados abaixo da lesão, comprometendo, deste modo, a sensibilidade, superficial e profunda, motricidade e funções autonômicas, condicionando vários níveis de incapacidade, como eventualmente a impossibilidade de andar, produzindo desvantagens, designadamente na acessibilidade a contextos de interação social, a qual não há cura, podendo apenas ser gerida (PALMER, 1988; TROMBLY, 1989; SCHNEIDER, 1994a; SCHNEIDER, 1994b; CARDOSO, 2004).

Pode resultar em lesões temporárias, resultantes de compressão por fratura ou edema, o qual, à medida que a pressão diminui, a função eventualmente reaparece, podendo também implicar em lesões permanentes, completas e incompletas, resultando em choque medular, perda do controle motor e sensorial, bem como alterações do tônus muscular, inicialmente flácido e posteriormente espástico (PULASKI, 2002).

Há diversas *etiologias* para a lesão medular, sendo em geral classificadas como congênitas e adquiridas (TARICCO, 2001; CASALIS, 2003). Devido à especificidade do estudo, será abordada somente a lesão medular adquirida.

As lesões medulares de *etiologia adquirida*, mais conhecidas como traumáticas, provavelmente devido à incidência predominante, ocorrem por mecanismos traumáticos e não-traumáticos. Os *mecanismos traumáticos*, com exceção dos ferimentos com arma de fogo ou arma branca (penetrantes), freqüentemente resultam de forças indiretas geradas pelo movimento da cabeça e tronco, envolvendo flexão forçada ou extensão em combinação com rotação, compressão ou separação das vértebras, em decorrência de impacto em alta velocidade, principalmente se considerarmos a instabilidade biomecânica de certas áreas da coluna, como as áreas craniovertebral (C1 e C2), cervical (C5 a C7) e toracolombar (T12 a L2), sendo mais suscetíveis a fraturas e luxações resultando em lesão medular. No entanto, também ocorrem em decorrência à má manipulação do indivíduo imediatamente após a lesão, às colisões comuns na traseira de automóvel, cinto de segurança, mergulho em águas rasas, bem como por quedas, atos de violência e lesões desportivas (SCHNEIDER, 1994b).

Os *mecanismos não-traumáticos* resultam de compressão medular devido a uma variedade de estados patológicos ou comprometimento circulatório – patologias degenerativas, infecciosas, tumorias, vasculares, neurológicas e sistêmicas – na área medular envolvida e abaixo dela, provocado por disfunção neurológica (SCHNEIDER, 1994a; TARICCO, 2001; CASALIS, 2003).

A *incidência* da lesão medular vem aumentando consideravelmente, principalmente nos centros urbanos, e acomete, de modo predominante, adultos jovens do sexo masculino, sendo a principal etiologia traumática (SCHNEIDER, 1994b; SICORDE, 2007; CORDE, 2007;CUNHA, 2000; SUAID, 2002; SOARES; SANTOS, 2006).

Estatísticas voltadas à *população mundial* revelam que a cada 1.000.000 de pessoas, entre 30 e 40 sofrem lesão medular por ano. Nos *Estados Unidos*, onde há dados epidemiológicos, ocorrem aproximadamente 40 casos por milhão de habitantes, ou seja, 11.000 novos casos, sem incluir os acidentes fatais, sendo de 7.000 a 8.000 resultantes de lesão traumática e o restante em decorrência de doenças e anomalias congênitas, com estimativa atual de 250.000 pessoas com comprometimento medular. As principais etiologias encontradas são os acidentes veiculares, responsáveis por aproximadamente metade dos casos, seguidos por quedas, atos de violência, traumatismos esportivos e outras causas. Cerca de 80% das lesões traumáticas acometem homens e em torno de 60% ocorrem na faixa etária de 16 a 30 anos. A relação entre tetraplegia e paraplegia é semelhante, embora seja maior a

incidência de paraplégicos com lesão completa e tetraplégicos com lesão incompleta. (SCHNEIDER, 1994b; CASALIS, 2003; NSCISC, 2006).

No *Brasil*, não há dados epidemiológicos relacionados à lesão medular, porém ao aplicar as estatísticas mundiais à população brasileira pode-se supor a incidência de 5 a 6 mil pessoas acometidas anualmente. Tem-se, contudo, o levantamento estatístico realizado por algumas instituições de saúde e hospitais universitários como AACD, Rede SARAH, HC-FMUSP e as investigações dos últimos censos demográficos relacionados à deficiência.

Na *Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)*, no ano de 2000 os dados demonstraram uma média de idade de 30 anos, com predomínio do sexo masculino (80%) e de etiologia clínica traumática (85%). Entre as causas traumáticas, a maior incidência resultou de ferimento por projétil de arma de fogo, seguido por acidentes veiculares, quedas, mergulho e uma minoria em conseqüência a outros traumatismos não especificados (CASALIS, 2003).

Na *Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação* no ano de 2000, mais da metade (60%) dos pacientes que sofreram lesão medular evoluíram com seqüela de traumatismo medular, sendo que o acidente de trânsito foi responsável por cerca de $^{1}/_{3}$ dos casos atendidos, seguido de agressão por arma de fogo, quedas e mergulho (SARAH, 2007).

O *censo demográfico nacional em 1991* incluiu como objeto de investigação as pessoas com deficiências, uma vez que o estudo dessa população constitui condição indispensável para sustentar a definição de medidas específicas mais adequadas à realidade nacional. Já no *censo demográfico de 2000*, pôde-se observar a percepção que as pessoas pesquisadas têm em relação às alterações provocadas pela deficiência em seu comportamento, participação social, bem como nas suas capacidades funcionais. Com esse enfoque, fundamentaram o levantamento dos dados os quesitos que privilegiaram o estudo das incapacidades para a identificação das deficiências e do grau de comprometimento das condições físicas e mentais das pessoas pesquisadas.

Os dados sobre o quadro geral das incapacidades e deficiências da população brasileira informam que aproximadamente 24,5 milhões de pessoas, ou seja, 14,5% da população total apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência, sendo que a deficiência física afeta 4,1% da população – 28% das pessoas que apresentam algum tipo de deficiência. Enquanto a deficiência física em geral acomete 60,8% dos homens e 39,2% das mulheres, a lesão medular, seja tetraplégica ou paraplégica, e as hemiplegias permanentes acometem 55,2% dos homens e 44,8% das mulheres. Provavelmente a diferença não significativa entre os sexos se deva ao índice elevado de mulheres com hemiplegia, enquanto homens predominam referente à lesão medular (SICORDE, 2007; CORDE, 2007).

Segundo Soares e Santos (2006), embora numericamente menos significativas, as lesões traumáticas têm elevado custo social, gerando freqüentemente indivíduos jovens debilitados ou permanentemente incapacitados para uma vida normal e produtiva, sendo a principal causa de internação hospitalar da população jovem urbana brasileira e de morte entre a segunda e terceira décadas de vida.

Os principais eventos decorrentes da lesão e que ocasionam um imenso déficit neurológico são: lesão mecânica inicial e lesão endógena secundária conseqüente à primeira lesão (BARROS FILHO, 2006).

A *lesão primária* é decorrente do trauma que resulta em morte celular e liberação de eletrólitos, metabólitos e enzimas, constituindo, portanto, um processo mecânico que independe de controle celular. Já a lesão secundária da medula espinhal envolve complexas mudanças bioquímicas, em resultado ao desencadeamento de uma cascata de eventos que envolvem edema, inflamação, isquemia, reperfusão, fatores de crescimento, metabolismo do cálcio e peroxidase lipídica. Há, após lesões do sistema nervoso central, um período de déficit seguido por período de variável recuperação funcional devido, principalmente, às alterações nos circuitos não lesados. Entretanto, até o momento, esse processo de recuperação ainda não foi esclarecido (BARROS FILHO, 2006).

A medula espinhal é responsável pela transmissão de impulsos nervosos entre o cérebro e o corpo humano, permitindo a sensibilidade e a mobilidade. Suas células, diferentemente do que ocorre em outros tecidos, não apresentam, por vários motivos, a capacidade de regeneração. Portanto, a medula pode não recuperar suas funções após uma lesão, ocasionando a perda dos movimentos e da sensibilidade. O principal déficit oriundo de uma lesão medular é a perda de *controle motor*, ou seja, a regulação do movimento e de ajustes posturais dinâmicos, onde o tronco e os membros exibem graus variados de fraqueza, espasticidade ou flacidez. Se a força muscular ou espasticidade for maior do que a de seu antagonista, há postura anormal do membro, que pode resultar em contraturas articulares. Fraqueza, perda de velocidade e tempo de reação na reciprocidade ou co-contração muscular, sensibilidade e propriocepção prejudicadas conduzem a movimento ineficaz e má coordenação dos membros afetados (UMPHRED, 1994; ROXO, 2005).

As lesões medulares geralmente interrompem a comunicação funcional entre os centros superiores de controle motor e as estruturas corpóreas inervadas pelos segmentos nervosos situados abaixo do nível da lesão, de modo que os comandos vindos dos centros supra-medulares não atingem a estrutura alvo (músculo, órgão), bem como as informações proprioceptivas necessárias para realimentar o sistema, não alcançam os centros de controle,

resultando na paralisia e não funcionamento dos segmentos abaixo do nível da lesão (ROXO, 2005).

Por muito tempo, houve conflitos a respeito da definição do nível da lesão medular, do grau de comprometimento ou severidade e da classificação do tipo da lesão neurológica, dificultando o estabelecimento do nível da capacidade funcional.

A Associação Americana de Lesões Medulares (American Spinal Injury Association) apoiada pela Associação Americana de Paralisias, juntamente a outras entidades do setor, editou em 1982 a primeira versão de normas uniformes para a classificação neurológica e funcional das lesões da medula espinhal, devido ao reconhecimento nos últimos 30 anos da importância em se instituir normas padronizadas para a avaliação do déficit neurológico decorrente de lesões traumáticas da coluna vertebral e estabelecer a classificação das lesões medulares e do nível funcional, com o propósito de não somente possibilitar a realização de avaliações objetivas, como também propiciar a uniformização do exame realizado por diferentes especialistas, favorecendo a comunicação precisa e comparações válidas entre os dados obtidos (BARROS FILHO, 1994; WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999).

Freqüentemente, utilizava-se a *classificação neurológica* descrita em 1969 por Frankel e colaboradores. Contudo, observou-se a existência de limitações no instrumento proposto pelos autores supramencionados quanto à avaliação das alterações da função radicular, assim como da sensibilidade, surgindo a proposta da ASIA e as recorrentes revisões do sistema de classificação que, até a terceira revisão, ainda utilizava-se da classificação de Frankel modificada, sendo introduzida na revisão de 1992 a Escala de Deficiência da ASIA, ainda que baseada na anterior, e em 2006 proposta a última versão denominada Padronização da Classificação Neurológica da Lesão Medular (BARROS FILHO, 1994; WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999; ASIA, 2006).

O *protocolo ASIA*, como é conhecido, é um exame neurológico composto por duas etapas, sensitiva e motora, contendo elementos obrigatórios e opcionais, embora recomendados. Os elementos obrigatórios determinam os níveis neurológico, sensitivo e motor, mediante índices que caracterizam o funcionamento sensitivo e motor, o nível da lesão, tetraplegia ou paraplegia, e o grau de comprometimento da lesão, se completa ou incompleta, enquanto os opcionais, embora não ofereçam um escore, acrescentam importantes informações à descrição clínica específica do paciente (BARROS FILHO, 1994; WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999; ASIA, 2006).

O *nível neurológico* é determinado pelo segmento mais distal da medula com funções motora e sensitiva normais em ambos os hemicorpos. O *nível sensitivo* refere-se ao segmento

mais distal da medula com função sensitiva preservada em ambos os lados do corpo, enquanto o *nível motor* refere-se ao segmento mais distal da medula com função motora em ambos os hemicorpos. Na ocorrência de uma lesão também identifica-se o *nível esquelético*, referente ao segmento vertebral em que, por meio do exame radiológico, verifica-se o maior dano (BARROS FILHO, 1994; CASALIS, 2003; ASIA, 2006).

Quando a lesão se localiza na porção cervical da medula ocasiona *tetraplegia*, comprometendo a função dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos. Por sua vez, quando a lesão ocorre nos segmentos medulares torácicos, lombares ou sacrais resulta em *paraplegia*, comprometendo a função do tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos, sendo o termo paraplegia corretamente usado para descrever lesões do cone medular e cauda eqüina (BARROS FILHO, 1994; WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999; ASIA, 2006).

Contudo, é importante distinguir as lesões de acordo com a localização, ou seja, as localizadas na medula propriamente dita das localizadas no cone medular ou na cauda eqüina, caracterizando o tipo de lesão conforme *neurônio motor*, uma vez que geram um conjunto específico de sintomas. A lesão do *tipo neurônio motor superior* caracteriza-se pela preservação de segmentos da medula abaixo do nível da lesão e resulta em paralisia espástica, com aumento de tônus muscular, espasmo e espasticidade devido à não-inibição dos reflexos intrínsecos em decorrência da lesão tornando-se hiper-reflexos. Também caracteriza-se por ausência de sinais de desenervação, acometimento de grandes grupos musculares e reflexos cutâneos normais. A lesão do tipo *neurônio motor inferior*, por sua vez, caracteriza-se pela lesão do cone medular, sem preservação de segmentos medulares abaixo do nível da lesão, ou da causa eqüina e resulta em paralisia flácida, uma vez que o estímulo não atinge a medula e os reflexos e tônus muscular permanecem diminuídos ou ausentes. Caracteriza-se também por presença de sinais de desenervação muscular com fibrilações, fasciculações e atrofia muscular, acometimento muscular em pequenos grupos ou isoladamente e inversão de alguns reflexos cutâneos como Babinski (KINGSLEY, 2001; FERNANDES, 2007).

Em relação ao *grau de comprometimento da lesão*, é considerada *incompleta* quando o exame físico constata presença de função sensitiva e/ou motora abaixo do nível de lesão, incluindo os dermátomos e/ou miótomos inervados pelos segmentos medulares sacrais, e é *completa* quando há ausência de função motora e sensitiva nos dermátomos e/ou miótomos inervados pelos segmentos sacrais. Em lesões completas, alguns dermátomos e miótomos distais ao nível neurológico podem permanecer parcialmente inervados, ao que denominamos zona de preservação parcial (CASALIS, 2003; BARROS FILHO, 2004; ASIA, 2006).

Decorrente da função medular de conexão entre o encéfalo e as demais partes do corpo, sendo vias sensitiva e motora, bem como centro reflexo, sua lesão determina modificações somáticas (sensitivas, motoras e autonômicas) e psíquicas, instaladas abruptamente, em vista de etiologia traumática, ou lentamente, quando não-traumática.

No caso de instalação brusca, provoca *choque medular* caracterizado por quadro clínico de paralisia flácida e anestesia abaixo do nível da lesão, associado à abolição dos reflexos tendinosos e arreflexia vesical, intestinal e genital, variando quanto à duração de dias a meses, com uma média de três semanas. Este quadro inicial impossibilita o prognóstico, bem como a definição do grau de severidade da lesão, ao não traduzir a magnitude da lesão anatômica. No entanto, pode haver melhora espontânea a partir da primeira semana até o sexto mês, com posterior diminuição desta possibilidade (CASALIS, 2003; SARAH, 2007).

Em decorrência das alterações como a perda da totalidade das modalidades sensitivas: tátil, dolorosa, térmica, proprioceptiva e de pressão abaixo da lesão, bem como do controle esfincteriano urinário e fecal, ocorrem disfunções e complicações como disreflexia autonômica, insuficiência respiratória – principalmente nas tetraplegias devido ao comprometimento do nervo frênico que comanda a contração do diafragma –, ocasionando graves limitações.

As ausências da percepção tanto das posições das partes do corpo (propriocepção) como da pressão exercida sobre a pele são os principais déficits funcionais em resultado à perda da sensibilidade profunda e cutânea que, juntamente à alteração do reflexo de dor devido à lesão das fibras nociceptivas aferentes, afetam a percepção geral da imagem corporal e favorecem a isquemia e anoxia tissular, resultando no desenvolvimento de *úlceras de pressão*, uma iminente preocupação por afetar a estabilidade funcional das pessoas com lesão medular (COSTA *et al.*, 2001). Young e Burnst (1982) constataram que o grau de comprometimento da lesão foi um determinante mais potente na ocorrência de úlceras que o nível de lesão e, em termos de distribuição, a área do corpo mais comumente envolvida foi o sacro, seguido dos calcanhares, ísquio, áreas trocantéricas e áreas escapulares.

As modificações físicas e as limitações resultantes da lesão medular geram conflitos que afetam a estrutura psicoemocional da pessoa comprometida. O tempo e o modo de responder a essas alterações corresponde ao *ajustamento emocional à incapacidade*, sendo que cada pessoa ajusta-se a seu próprio modo e a seu tempo, reagindo às mudanças comportamentais conforme suas características de personalidade, resiliência, idade, momento emocional, condições familiares, situação socioeconômica, entre outros aspectos, superados pelos avanços nos estágios de ajustamento (SIPSKI; ALEXANDER, 2002; CASALIS, 2003).

Embora alguns teóricos tenham avançado nas definições dos *estágios de ajustamento*, incluindo a depressão e a ansiedade como componentes necessários, o indivíduo precisa esforçar-se para resolvê-las. Esse processo interfere em diversos aspectos da vida da pessoa, entre eles o sexual (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Na tabela 2.3. estão esquematizadas as fases de mudança e os estágios de ajustamento emocional à incapacidade conforme Casalis (2003) e Lianza *et al.* (1995).

Tabela 2.3. Fases de mudança comportamental decorrentes da lesão medular.

Fases	**Comportamento do paciente**
Fase de choque	Desorientado; confuso; assustado; não consegue perceber a magnitude do acontecimento; desconhece sua real situação; impossibilitado de formular qualquer programa de ação; interrompe vínculo com mundo exterior, em busca de proteger e manter íntegra sua imagem corporal. Fatores associados podem influenciar este estado de confusão mental como a medicação administrada.
Fase de negação	Começa a perceber a sua real situação, porém de forma distorcida, por não ter condições de aceitá-la (fuga da situação); seu pensamento está direcionado à recuperação total; reage de forma regressiva, aceitando a orientação da equipe passivamente, sem iniciativa.
Fase de reconhecimento	Começa a se conscientizar de sua real situação, gerando ansiedade; sentimento de desamparo. Em alguns casos, pode entrar em depressão e manifestar pensamentos/tendências suicidas. Experimenta as mudanças de sua própria imagem e vê-se forçado a recompor sua auto-imagem de forma mais realista.
Fase de adaptação	Boa colaboração e capacidade máxima para atingir os objetivos propostos. Começa a sentir-se recompensado por seus esforços; coopera para atingir as metas estabelecidas; auto-eficiência dentro de suas limitações. Reestruturação de sua auto-imagem e recuperação de sua auto-eficiência dentro dos limites impostos pela lesão medular.

Um dos principais aspectos a ser considerado é a *idade* com que o indivíduo adquire a incapacidade, pois afeta significativamente sua adaptação à condição (SIPSKI; ALEXANDER, 2002). As *teorias desenvolvimentistas* argumentam que o desenvolvimento

ocorre à maneira de uma espiral ascendente, por progressão, mediante seqüência de estágios críticos motor, psicológico, social e sexual (BEE, 1984). Na ocorrência de eventos traumáticos que interfiram na progressão suave através desses estágios, problemas emocionais podem ser suscitados, apresentando-se de forma diferenciada conforme a idade do paciente. Assim, o impacto da lesão medular desperta sentimentos e reações diferentemente vivenciadas por um adolescente e por um idoso.

Devido à natureza etiológica das lesões medulares, compreende-se a alta incidência entre os homens jovens e ativos, sobretudo entre os que encontram-se na faixa etária entre o final da adolescência e o início da idade adulta. Os famosos estágios de *desenvolvimento psicossexual* de Sigmund Freud (1927) refletem as várias zonas do corpo com as quais o indivíduo busca a gratificação do id (a fonte inconsciente de motivos, desejos, paixões e da busca do prazer), conforme as faixas etárias, cujos estágios representam os termos aplicados às zonas do corpo que buscam o prazer e que entram em atividade em diferentes períodos da vida.

O período de maior incidência de lesão é marcado segundo Freud pelo *estágio psicossexual genital*, iniciado com a puberdade e caracterizando a vida adulta, no qual surge uma forma amadurecida de ligação sexual e o objeto sexual deixa de ser o próprio indivíduo e projeta-se sobre o outro (BEE, 1984). As zonas erógenas das fases anteriores do desenvolvimento da libido continuam proporcionando prazer, mas, a partir deste momento como prazeres preliminares, já que as pulsões parciais se organizam sobre a primazia dos genitais, ou seja, do ato sexual com penetração (SAVALL, 2007).

Sem negar a teoria freudiana sobre o desenvolvimento psicossexual, Erik Erikson mudou o enfoque para a problemática da identidade e das crises de ego (intermediário entre o comportamento de busca do prazer do id e o superego, ou senso comum, razão e consciência). Ancorado em um contexto sociocultural, construiu sua *teoria psicossocial* do desenvolvimento humano, considerando o ser humano como um ser social, que vive em grupo, sofrendo a pressão e sendo influenciado por este. Em seus estágios, descreve as crises pelas quais o ego passa ao longo do ciclo vital, estruturadas conforme vivência e superação do conflito, completamente imbricado no contexto social, palco das crises (BEE, 1984).

Este período, segundo Erikson, é o momento crítico para o indivíduo resolver os conflitos de desenvolvimento de “identidade *versus* confusão de papéis” assim como de “intimidade *versus* isolamento”. No primeiro, debatem-se com a questão de “quem são” e “do que querem ser”, buscando se encaixar em algum papel na sociedade e se identificando com determinados grupos, onde a preocupação com a opinião alheia faz com que o adolescente

modifique a todo o tempo suas atitudes, remodelando sua personalidade. No segundo estágio citado, após o estabelecimento de uma identidade definitiva e bem fortalecida, o indivíduo encontra-se preparado para uni-la à identidade de outra pessoa, sem sentir-se ameaçado, com intimidade, parceria e colaboração. Caso contrário, a pessoa depara-se com a confusão de identidade, podendo sentir-se vazio, isolado, ansioso, incapaz de encaixar-se no mundo adulto (BEE, 1984; SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Nestes estágios, também obtêm conforto com seu desenvolvimento físico e sexual, atingem um senso de independência da família e desenvolvem as habilidades necessárias para intimidade sexual, busca de liberdade e independência, os principais aspectos afetados pela lesão medular (BEE, 1984; SIPSKI; ALEXANDER, 2002). Desta forma, enquanto o paciente jovem debate-se com o desenvolvimento do ego e da identidade, auto-estima, auto-imagem e senso de intimidade, o adulto maduro ou idoso possivelmente já terá vivenciado relacionamentos com o sexo oposto e/ou mesmo sexo, terá resolvido suas crises psicossociais de desenvolvimento e irá voltar-se para questões pertinentes à sua idade, de modo que a idade do surgimento da incapacidade afeta o tipo de questão com que a pessoa se depara (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Taylor citado por Sipski e Alexander (2002) salienta que há três questões a serem abordadas com o acometimento da incapacidade: a questão universal do “por que isso aconteceu comigo?”, com a qual os pacientes lutam até que conseguem superá-la; a necessidade de tentar recuperar um senso de controle da vida, normalmente obtido com o auxílio de reabilitação e outras técnicas ou atividades e, por último, mas não menos importante, o desenvolvimento do sentimento da pessoa como sobrevivente, tornando-se melhor em conseqüência à experiência que vivenciou.

A dificuldade ou incapacidade de resolução destas questões pode implicar problemas emocionais como distúrbios de humor, depressão e ansiedade, os quais afetam o ajuste emocional e, conseqüentemente, a sexualidade desses indivíduos, assunto que será tratado no tópico a seguir, finalizando deste modo a revisão acerca da lesão da medula espinhal.

2.3. A SEXUALIDADE DO HOMEM COM LESÃO MEDULAR

Embora algumas implicações da lesão medular, como as limitações físicas, sejam perceptíveis, suas seqüelas não se limitam ao observável, podendo ocasionar a diminuição da

auto-estima, sentimentos de inadequação, dificuldade na aceitação da nova imagem corporal, retrato da deficiência, bem como alterações sexuais, as quais exercem considerável impacto no quadro desta incapacidade física (WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999; FISHER *et al.*, 2002; McCABE; TALEPOROS, 2003; MENDES *et al*, 2008).

Na mesma época em que Masters e Johnson pesquisavam sobre a sexualidade humana em seu âmbito funcional, de forma pioneira, Bors e Comarr (1960) investigaram as alterações na função sexual de homens com lesão medular e, nos últimos anos, o estudo da sexualidade em pessoas com esta deficiência vem despertando o interesse dos pesquisadores e profissionais da área da saúde, os quais vêm se destituindo da concepção de seus pacientes como seres assexuados, ao perceber que a sexualidade é inerente ao ser humano e que constitui-se em prioridade para muitas das pessoas acometidas, atribuindo paulatinamente importância e estudando-a com maior afinco.

Até a década de 90, grande parte das pesquisas enfocava os aspectos reprodutivos da sexualidade, avaliando nas mulheres os efeitos da lesão medular no ciclo menstrual e na gestação e, nos homens, investigando o impacto da lesão medular sobre a ereção e ejaculação, uma vez que constituem-se em aspectos fisiológicos, podendo ser diretamente afetados pela lesão medular, como também são visivelmente perceptíveis em um primeiro momento devido, em parte, à valoração da genitalidade e, em parte, ao valor cultural atribuído ao falo e à sua potência como expressão da masculinidade (SIPSKI; ALEXANDER, 1993; ALEXANDER *et al.*, 1993; SIPSKI, 2004; SALIMENE, 2005).

Recentemente, muitos estudos enfocam a disfunção sexual, porém não somente avaliando o impacto da lesão, mas analisando a utilização de dispositivos e medicamentos para sua melhoria, apresentando grande especificidade quanto ao conteúdo pesquisado, embora algumas pesquisas enfatizem os aspectos comportamentais da sexualidade, como freqüência e tipos de atividade sexual realizadas, satisfação advinda deste contexto, ajustamento à sexualidade pós-lesão, e mesmo as principais preocupações relacionadas à atividade sexual pós-lesão, os quais predominantemente têm sido explorados sob parâmetros quantitativos e, deste modo, a qualidade das experiências sexuais tem sido verificada em uma extensão limitada (WHITE *et al.*, 1992; ALEXANDER *et al.*, 1993; KREUTER *et al.*, 1996; HULTLING *et al.*, 2000; PHELPS *et al.*, 2001; BENEVENTO; SIPSKI, 2002; McCABE; TALEPOROS, 2003; DeFORGE *et al.*, 2004; KEDDE; BERLO, 2006).

Atualmente, a sexualidade ainda é valorizada em seu âmbito funcional, genital e orgásmica, centrada no desempenho, considerado como o modo de expressão e gratificação sexual. Na maioria dos casos, as pessoas com lesão medular apresentam alterações

significativas no funcionamento sexual, o que afeta as múltiplas áreas da sexualidade. As pessoas que apresentam uma disfunção ou inadequação sexual seja oriunda da lesão ou do, ainda, não estabelecimento de relação com o novo corpo, por vezes tendem a subestimar sua sexualidade (PHELPS *et al.*, 2001; FREDA, 2002; CARDOSO, 2004; ISHIBASHI, 2005).

O senso de ser sexuado é afetado pelo tempo e modo como uma pessoa se ajusta à deficiência e se consolida na medida em que o indivíduo se adapta à sexualidade modificada pela lesão, sendo que a adaptação emocional à incapacidade bem como à sexualidade varia de individuo para indivíduo, cada um ajustando-se ao seu próprio modo e tempo, como verificou-se mais profundamente no tópico anterior, sendo que estes processos influenciam e são influenciados pela vivência da sexualidade (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Fisher *et al.* (2002) constataram evidente interesse e necessidade em expressar a sexualidade remanescente pelas pessoas acometidas pela lesão. No entanto, Taleporos e McCabe (2001) observaram que, além dos comprometimentos oriundos da patologia, há muitas práticas e barreiras sociais que impedem a expressão sexual das pessoas com deficiência física. Os aspectos comportamentais e socioculturais relacionados à sexualidade do homem lesionado serão discutidos na continuidade deste embasamento.

2.3.1. Comportamento Sexual

Em se tratando do que as pessoas fazem em termos de sexo, neste tópico, abordaremos aspectos relacionados ao comportamento sexual como envolvimento em práticas sexuais, atividades realizadas, primeira experiência pós-lesão, freqüência de atividade e número de parceiros sexuais, bem como apresentaremos algumas comparações encontradas nos estudos.

Alguns homens após a lesão medular não voltam a se *envolver em atividades sexuais com um parceiro*, contudo a maioria deles tem envolvimento sexual ainda no primeiro ano após a lesão medular (ALEXANDER *et al.* 1993; FISHER *et al.* 2002). Beijar, predominantemente, intercurso pênis-vagina e sexo oral são as primeiras atividades sexuais realizadas pelos homens após a lesão medular (ALEXANDER *et al.*, 1993).

De acordo com Phelps *et al.* (2001), quase a totalidade dos homens participantes de seu estudo encontra-se ativa sexualmente, engajando-se em uma variedade de comportamentos sexuais e, em geral, gostam de sua vida sexual. A grande maioria considera o sexo um importante aspecto de suas vidas e cerca de dois em cada cinco homens com lesão medular relatam experimentar freqüentemente diferentes formas de expressão sexual (KREUTER *et al.*, 1996; FISHER *et al.*, 2002).

Alexander *et al.* (1993) afirmam que os homens lesionados possuem um variado repertório de *atividades sexuais* composto por beijo, abraço, toques íntimos, penetração vaginal, masturbação, sexo oral e estimulação de outras zonas erógenas. No entanto, constataram uma redução significativa na percentagem de homens que realizam penetração vaginal após a lesão medular, também verificada por Kreuter *et al.* (1996). Fisher *et al.* (2002) verificou que a prática de masturbação diminuiu sensivelmente nos primeiros seis meses de lesão, aumentando significativamente no período entre 6 meses e 1 ano após a lesão e mantendo-se nos demais períodos.

Fisher *et al.* (2002) também constataram diminuição muito significativa na prática de atividade sexual imediatamente após a lesão medular, havendo um expressivo incremento na atividade sexual nos primeiros seis meses, embora não apresente modificações até os 18 meses pós-lesão.

A *freqüência de atividade sexual* diminuiu significativamente quando comparados os períodos pré e pós-lesão, de cerca de duas a três vezes por semana para uma vez por semana ou menos, sendo que, após a lesão medular, a freqüência varia conforme a percepção de desejo sexual do parceiro e não mais conforme o próprio desejo sexual, como ocorria antes da lesão medular (ALEXANDER *et al.*, 1993; KREUTER *et al.*, 1996; PHELPS *et al.*, 2001).

Enquanto cerca de metade dos homens com lesão medular afirma estar satisfeita com a freqüência de atividade sexual, número semelhante expressa o desejo de aumentar a freqüência sexual (KREUTER *et al.*, 1996). Embora esperado, o nível de severidade da lesão não pareceu ser o fator principal na freqüência sexual, contudo, as limitações físicas, destacadamente, e a diminuição da capacidade sexual encontram-se entre as razões mais comumente mencionadas para o declínio da atividade sexual (ALEXANDER *et al.*, 1993; KREUTER *et al.*, 1996).

Praticamente todos os homens lesionados do estudo de Fisher *et al.* (2002) tiveram pelo menos um *parceiro sexual* antes da lesão, entretanto, um número menor embora expressivo (60%) relatou ter parceiro sexual nos primeiros 18 meses pós-lesão, sendo que não houve alteração significativa no número de parceiros entre os três semestres pesquisados.

Alexander *et al.* (1993) verificaram que os participantes tinham em média de 2 a 5 parceiros sexuais antes e após a lesão, sendo que os indivíduos com maior número de parceiros pré-lesão tiveram maior número de parceiros após a lesão, sendo o contrário também válido, não importando a severidade da lesão e, igualmente à freqüência sexual, o número de parceiros sexuais após a lesão está relacionado com a percepção do desejo sexual

do parceiro, mas não com o desejo por sexo pelo próprio indivíduo, sugerindo que a parceria sexual ocorre conforme a percepção do desejo sexual advindo do outro.

Os autores também afirmam que os homens com lesão medular tendem a selecionar pessoas sem deficiência como parceiros sexuais e, surpreendentemente, verificaram que vários participantes se envolveram em algum tipo de atividade sexual com profissionais de saúde. Por fim, verificaram que as barreiras arquitetônicas, dificuldades de transporte, nível de escolaridade, habilidades sociais e auto-estima exercem papéis cruciais na busca por parceiros sexuais em potencial pelas pessoas com lesão medular (ALEXANDER *et al*., 1993).

A percepção pelo homem com lesão medular da satisfação de seu parceiro, a qualidade do relacionamento e o desejo sexual predizem seu comportamento sexual, conforme verificado pelo estudo de Phelps e colaboradores (2001).

2.3.2. Função Sexual

Admite-se que a lesão medular é responsável por acarretar um grande impacto sobre a função sexual humana. As disfunções sexuais podem ocorrer nas diversas fases do ciclo de resposta sexual e resulta desde dificuldades na obtenção e manutenção da ereção até diminuição da percepção de prazer e orgasmo, os quais dependerão do nível, severidade e extensão da lesão medular (McCABE; TALEPOROS, 2003; WIDERSTRÖM-NOGA *et al.*, 1999).

Apesar das mudanças na função sexual, Sipski e Alexander (2002), após anos de estudos com essa população, afirmam a importância para os pacientes em manter a função sexual após o advento da lesão medular.

São poucos os estudos que avaliam a função sexual de homens com lesão medular por meio de pesquisas experimentais, utilizando-se geralmente da metodologia do auto-relato (ALEXANDER *et al.*, 1993; SIPSKI *et al.*, 1995; BENEVENTO; SIPSKI, 2002). Como conseqüência, a função sexual após a lesão medular, apesar de despertar grande interesse entre os pesquisadores e profissionais da saúde, ainda carece de estudos como os comparativos que evidenciem as similaridades e singularidades dos períodos pré e pós-lesão. Kreuter *et al.* (1996) acrescentam a necessidade de realizar estudos comparativos com pessoas da população em geral, como meio de estabelecer um parâmetro a ser utilizado com relação aos resultados obtidos.

Ao pesquisar a fisiologia sexual, os pesquisadores embasam-se no nível e na severidade da lesão, e se o dano caracteriza-se como de uma lesão do tipo neurônio motor

superior ou inferior – e se está afetando o arco reflexo sacral –, uma classificação baseada em critérios clínicos e não anatômicos, devido às lesões dos sistemas motores descendentes causarem um conjunto específico de sintomas (SIPSKI, 2004; KINGSLEY, 2001).

Em decorrência, entre outros motivos, à genitália externalizada dos homens, estudos descritivos foram realizados para determinar o impacto da lesão sobre a ereção e a ejaculação, de acordo, como mencionado anteriormente, com a extensão da lesão, alguns destes expostos na Tabela 2.4.

Ressalta-se que a função eretiva ocorre de dois modos: reflexamente, em resposta a um estímulo na região genital e psicogenicamente, em resposta a evocação de desejos, sensação prazeroso e lembranças, como verificado na Tabela 2.5.

Bors e Comarr (1960) verificaram que, em homens com lesão do tipo *neurônio motor superior*, permanecendo intacto o segmento sacral, entre os que apresentavam *lesão completa* demonstraram perda na capacidade de obter ereção psicogênica, permanecendo somente a ereção do tipo reflexa, e em homens com *lesão incompleta*, observaram manutenção da ereção reflexa, porém somente alguns desses homens foram capazes de obter ereção psicogênica. Em homens com lesão do tipo *neurônio motor inferior*, afetando o segmento sacral, entre os que apresentavam *lesão completa* notou-se que: aproximadamente 25% obtiveram ereção psicogênica, enquanto nenhum obteve ereção reflexa, e por fim, entre os homens com *lesão incompleta*, mais de 90% foram capazes de ter algum tipo de função efetiva.

A capacidade de ejacular é notadamente comprometida nos homens com lesão medular, provavelmente devido a esta função ocorrer mediante impulsos neurológicos coordenados nos sistemas nervoso somático e autonômico, simpático e parassimpático, em um processo neurológico mais complexo e afetado pela lesão medular, como verificado na Tabela 2.6. A taxa de ejaculação em homens com lesão completa do neurônio motor superior é de apenas 4%. Dependendo do nível da lesão, alguns homens com lesão medular apresentam ejaculação retrógrada, caracterizada por não ser expulsa pela uretra, sendo expelida na bexiga (BORS; COMARR, 1960; BENEVENTO; SIPSKI, 2002).

Tabela 2.4. Resposta sexual na lesão medular segundo estudos de Sipski e Alexander (2002).

NEURÔNIO MOTOR SUPERIOR	
Lesão medular COMPLETA do neurônio motor SUPERIOR: permanecendo intactos os segmentos espinhais sacrais	
Ereção Reflexa: Presente entre 70% e 93% dos homens com esse tipo de lesão. **Ereção Psicogênica:** nenhum é capaz de obter.	**Ejaculação anterógrada:** ocorrência improvável. Relatada por 4% dos pacientes.
Lesão medular INCOMPLETA do neurônio motor SUPERIOR	
Algum tipo de ereção em 100% dos homens. Ereções reflexa e psicogênica combinadas presentes em 19% deles. **Ereção Reflexa:** permanece intacta. Observada isoladamente em 80% dos homens. **Ereção Psicogênica:** será possível conforme local de ocorrência do dano neurológico e integridade das colunas laterais da medula espinhal.	**Ejaculação anterógrada:** diminuída devido à necessidade de coordenar diferentes impulsos neurológicos. Relato de capacidade em experimentar ejaculação por 32% dos pacientes, sendo que destes, 72% após ereção reflexa e 26% após ereção psicogênica.
NEURÔNIO MOTOR INFERIOR	
Lesão medular COMPLETA do neurônio motor INFERIOR: afetam os segmentos espinhais sacrais	
Ereção Reflexa: nenhum apresenta. **Ereção Psicogênica:** deve permanecer, de acordo com integridade dos tratos espinotalâmicos laterais, principalmente os da parte toracolombar da medula espinhal. Literatura encontra desde 26% a 50% apenas mediante ereção psicogênica.	**Ejaculação anterógrada:** presente em 18% dos homens, ocorridas após ereções psicogênicas.
Lesão medular INCOMPLETA do neurônio motor INFERIOR	
Literatura relata que 67% a 95% apresentam algum tipo de ereção remanescente. **Ereção Reflexa:** diminuída em graus variáveis. **Ereção Psicogênica:** depende da integridade dos tratos espinotalâmicos laterais da região toracolombar.	**Ejaculação anterógrada:** literatura relata que 70% são capazes de ejacular.

Tabela 2.5. Neurofisiologia da prontidão sexual masculina normal e no homem com lesão medular

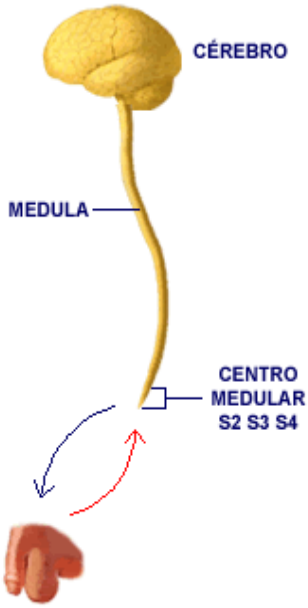
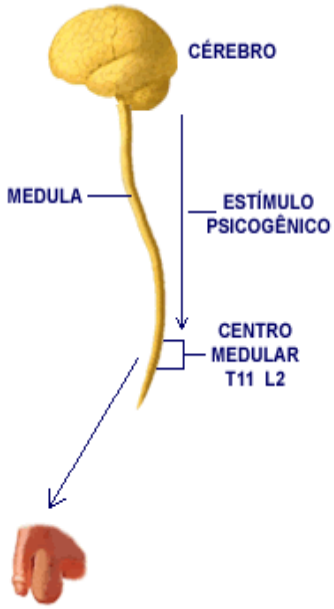
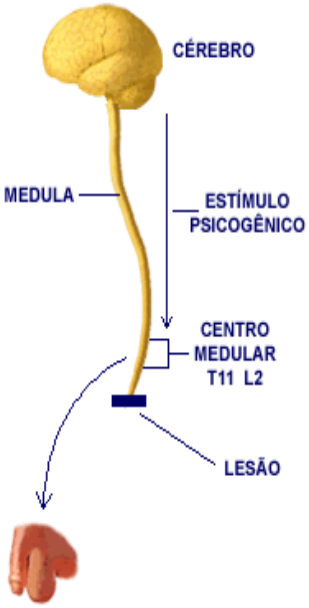
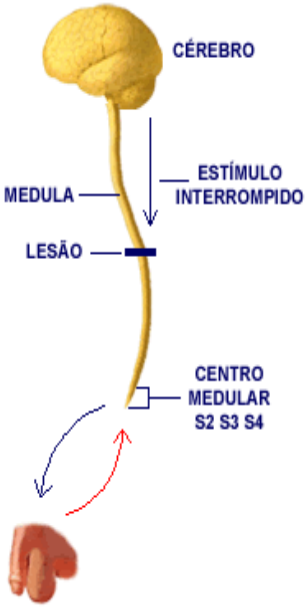
FUNÇÃO ERÉTIL NORMAL	
Ereção Reflexa Comandada pelo centro sacral S2-S4 de mediação parassimpática em resposta. Inclui excitação do nervo dorsal do pênis que resulta em transmissão do impulso para a medula sacral através do nervo pudendo. A excitação parassimpática sacral do nervo pélvico é, posteriormente, acompanhada pela estimulação do nervo cavernoso, resultando em congestão.  	**Ereção Psicogênica** Comandada pelos centros superiores e o centro toracolombar simpático T12-L2. Mediada por impulsos que se iniciam no cérebro e descem pelas colunas laterais da medula espinhal perto dos tratos piramidais, conectando-se com as vias simpáticas toracolombares e parassimpáticas sacrais para produzir a ereção. 
Intumescência dos corpos cavernosos e do corpo esponjoso peniano (mecanismo neurovascular)	
FUNÇÃO ERÉTIL NO HOMEM COM LESÃO MEDULAR	
Lesão de Neurônio Motor Inferior: ausência de ereção reflexa Caso a lesão ocorra no cone medular ou na cauda eqüina ou em ambos, não haverá a presença da ereção reflexa, pois o arco reflexo não existirá. Entretanto, a ereção psicogênica estará presente, pois os estímulos que partem do cérebro chegarão até os órgãos genitais.  	**Lesão de Neurônio Motor Superior: ausência de ereção psicogênica** Caso ocorra lesão acima da cauda eqüina e do cone medular, não haverá ereção psicogênica, pois os comandos que partirem do cérebro em direção aos órgãos genitais serão bloqueados no ponto onde existe a lesão. Haverá ereção reflexa, pois o arco-reflexo fica preservado. 

Tabela 2.5. Continuação

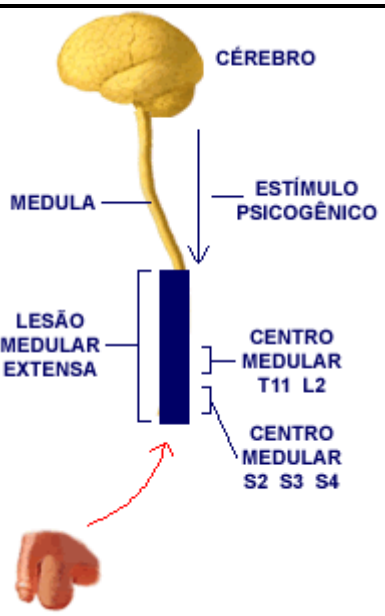
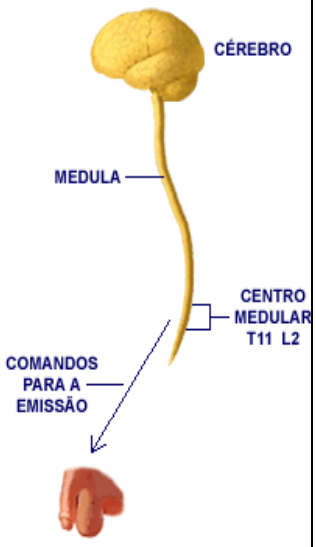
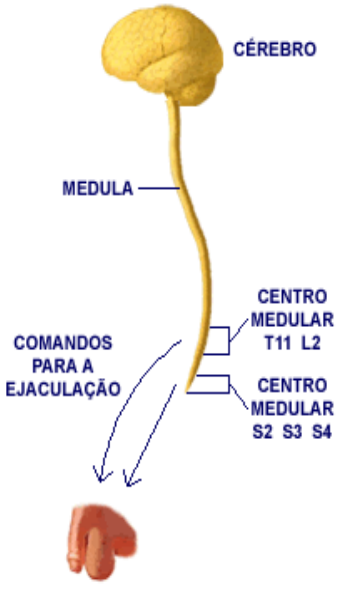
Lesão extensa: ausência de ambas as formas de ereção	
Em uma lesão extensa, que atinja desde o cone medular até o nível T11 ou superior, não haverá a presença, por meios naturais (oriundos do próprio corpo) de nenhum dos dois tipos de ereção, pois tanto o centro da ereção reflexa como o ponto de onde parte da medula os comandos para ereção psicogênica, estarão lesados.	

Tabela 2.6. Mecanismos de emissão e ejaculação.

Emissão	**Ejaculação**
Comandada pelo centro toracolombar T11-L2 de mediação simpática. Produzida pela estimulação simpática toracolombar que resulta em contrações da próstata, da vesícula seminal e dos ductos deferentes. Peristaltismo dos canais deferentes, contração das vesículas seminais, da próstata e do colo da bexiga. 	Comandada pela sinergia dos centros superiores e dos centros medulares T11-L2 e S2-S4. Envolve a propulsão forçada do sêmen da uretra e depende da estimulação eferente parassimpática sacral e somática, além da estimulação simpática para fechar o colo da bexiga. Expulsão do sêmen por contração dos músculos bulboesponjosos e ísquio cavernosos. 

2.3.2.1. Desejo sexual

O desejo sexual como sendo o que conduz uma pessoa a buscar atividade sexual ou a ser receptivo de modo prazenteiro à mesma permanece entre as pessoas com lesão medular (KAPLAN, 1977). No entanto, visto que é psicoemocional, mas que sofre influência de componentes biológico e cultural, com freqüência as pessoas apresentam disfunção do desejo sexual, possivelmente decorrente da sociedade dessexualizá-las; alterações na imagem corporal, auto-estima e atratividade pessoal; dos efeitos colaterais oriundos da medicação; bem como devido à redução da mobilidade; ocorrência de espasticidade; e dificuldade de controle dos esfíncteres, fatores que isoladamente ou em conjunto influenciam negativamente a libido (CARDOSO, 1994; LIANZA, 1995; MILLIGAN; NEUFELDT, 2001; DUCHARME, 2002; LEVINE, 2003).

Alexander *et al.* (1993) analisaram a auto-percepção do desejo por atividade sexual dos homens participantes de seu estudo e puderam averiguar que, enquanto antes da lesão o desejo sexual foi considerado apropriado ou muito apropriado pela indiscutível maioria dos participantes, após a lesão esta porcentagem diminuiu em $^{1}/_{5}$ dos respondentes.

Uma vez que a freqüência e o número de parceiros relacionam-se com o desejo sexual do parceiro pelo participante, é relevante avaliá-lo. Alexander *et al.* (1993) verificaram que a percepção do participante relacionada ao desejo sexual do parceiro variou de muito apropriado antes da lesão para apropriado posteriormente à lesão, o que sugere que a percepção relacionada ao desejo sexual do parceiro modificou-se, aumentando inclusive a percentagem de participantes que, após a lesão, o considera nulo ou pouco apropriado. Ainda, constataram que o desejo sexual após a lesão não apresenta uma associação significativa com a idade, experiência sexual pré-lesão, severidade da lesão e, inclusive, pelo desejo sexual prévio.

2.3.2.2. Excitação Sexual

No que se refere à fase de excitação, as perturbações neurovasculares associadas aos fatores psicológicos contribuem para a disfunção ou inadequação sexuais, porém esta fase não se encontra ausente, senão com alterações de sua qualidade (CARDOSO, 2004; DeFORGE *et al.*, 2004).

Entre os homens que participaram dos estudos de Alexander e colaboradores em 1993, observou-se que no período posterior à lesão, aproximadamente metade dos participantes

relatou capacidade alta ou muito apropriada em se tornar sexualmente excitável, embora um em cada cinco participantes tenha relatado capacidade nula ou baixa em se tornar excitado. Em relação à percepção de excitação sexual do parceiro, os participantes relataram principalmente capacidade apropriada do parceiro em se excitar, relativo a uma escala de percepção de nada apropriado a muito apropriado.

Interessantemente, os estudos de Alexander *et al.* (1993) constataram que uma grande percentagem dos participantes considera o pênis e os testículos como sexualmente excitáveis, apesar do fato de terem lesão completa e, em decorrência, não apresentarem sensação na região genital conforme avaliação sensitiva realizada pelos autores (ASIA, 2006).

- Ereção

Alexander *et al.* (1993) questionaram sobre a capacidade dos participantes de obter ereção e seus achados demonstram que um pouco mais da metade dos homens com paraplegia completa e aproximadamente a totalidade dos com tetraplegia completa obtêm algum tipo de ereção, sendo que $^{1}/_{5}$ dos paraplégicos relatou que a ereção se mantém por mais de 60 minutos, o que possibilita a realização de penetração vaginal.

Contrastando com as hipóteses de Comarr e Vigue (1978 apud Alexander *et al.*, 1993), nenhuma correlação significativa foi encontrada entre a preservação da sensação de dor na região sacral e a habilidade de obter ereção psicogênica, ou entre a presença de função sacral reflexa e a possibilidade do indivíduo obter ereção reflexa, o que poderia ser relacionado com a pequena amostra do estudo.

Os resultados do estudo de Alexander *et al.* (1993) indicam que, quanto mais alto o nível da lesão medular, maior é a probabilidade de o indivíduo obter ereção suficiente para possibilitar a penetração, uma vez que a habilidade de penetração está relacionada ao tempo de duração da ereção e uma percentagem substancial de sujeitos com tetraplegia completa e paraplegia incompleta relatou ter ereção com duração superior a uma hora. Contudo, metade dos paraplégicos completos afirmou ter ereção com duração inferior a 30 segundos.

2.3.2.3. Orgasmo

Cardoso (2004) constatou em seu estudo com homens com lesão medular que pode haver distinção entre ejaculação e orgasmo.

A pesquisa conduzida por Alexander et al. (1993) avaliou homens com lesão do tipo *completa* e observou que metade dos tetraplégicos e $^1/_4$ dos paraplégicos relataram ter sensações e/ou reações relacionadas a orgasmo, sendo que, menos da metade dos tetraplégicos e 2/3 dos paraplégicos que atingem o orgasmo relataram ser acompanhado de ejaculação.

Na avaliação dos homens com lesão do tipo incompleta, os mesmos autores constataram que dois em cada três tetraplégicos e três em cada quatro paraplégicos relataram obter algum tipo de orgasmo, sendo que metade dos tetraplégicos e todos os paraplégicos que atingem o orgasmo relataram vir acompanhado por ejaculação. Assim, observaram que a capacidade de obter orgasmo e ter ejaculação relacionaram-se moderada, porém significativamente.

Deste modo, resulta que uma alta percentagem de indivíduos com lesão incompleta relatou habilidade em atingir orgasmo, com uma grande percentagem afirmando que seus orgasmos são acompanhados por ejaculação anterógrada.

- Ejaculação

Alexander *et al.* (1993) analisando a obtenção de ejaculação entre participantes com paraplegia e tetraplegia, completas e incompletas, verificaram que a maioria dos homens pesquisados não obtém ejaculação, contudo um em cada quatro participantes com paraplegia incompleta declarou conseguir ejacular em alguns momentos, apesar de que $^1/_3$ dos homens com tetraplegia completa e $^1/_4$ com paraplegia incompleta não soube informar sobre a obtenção de ejaculação. No entanto, a ejaculação é pobre em qualidade e quantidade de esperma, e os autores ainda questionaram se de fato é sêmen e não urina.

- Fertilidade

A fertilidade tem-se mostrado comprometida em homens com lesão medular, devido à incapacidade de obter ejaculação anterógrada, redução na qualidade e quantidade, bem como na mobilidade dos espermatozóides, ocorrida logo após as primeiras semanas de lesão (DeFORGE, 2004).

Recentemente, tratamentos voltados à incapacidade ejaculatória têm sido realizados obtendo sucesso e auxiliando os homens que sofrem de infertilidade, como, por exemplo, a eletroejaculação, seguida por inseminação artificial ou fertilização in vitro, ou ainda, injeção

de espermatozóides intracitoplasmática, e a opção alternativa da estimulação vibratória peniana (SIPSKI, 2004).

2.3.3. Orientação Sexual

Citando novamente o estudo de Alexander *et al.* (1993) com homens com lesão medular, os autores notaram que anteriormente à lesão, a atividade que os homens mais gostavam de realizar era o intercurso sexual. Contudo, após a lesão, os participantes optam por realizar atividades sexuais variadas, com preferência pelo sexo oral, beijo e masturbação.

2.3.4. Prazer Sexual

Alexander *et al*. (1993) verificaram que a boca, lábios, pescoço, ombros e orelhas foram considerados pela maioria dos homens lesionados como regiões corpóreas prazerosas, sendo apreciadas como zonas erógenas.

2.3.5. Satisfação Sexual

Cardoso (2003; 2004), ao realizar estudo com homens, afirma que o comprometimento da lesão medular e a conseqüente diminuição da freqüência da atividade sexual e dificuldade da prática do intercurso sexual contribuíram para o decréscimo da satisfação sexual entre seus participantes, o qual passa a ser pautado na capacidade de proporcionar satisfação sexual à companheira, evidenciando auto-realização da masculinidade.

Comparando os períodos pré e pós-lesão, Alexander *et al.* (1993) observaram que antes da lesão a maioria dos homens de seu estudo estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida sexual, enquanto uma minoria demonstrou indiferença ou insatisfação relacionada à sexualidade. Após a lesão, entretanto, a percentagem de satisfeitos diminuiu para menos da metade, enquanto a maioria encontra-se indiferente, insatisfeita ou muito insatisfeita com o âmbito sexual de suas vidas.

A satisfação sexual dos homens antes da lesão relacionou-se significativamente com a freqüência e desejo sexual do parceiro, embora não tenha correlacionado com o desejo sexual do próprio participante. No entanto, após a lesão, essas significativas relações não foram encontradas, sendo associado à satisfação pós-lesão os sentimentos e interesses do participante e parceiro sexual na prática de intercurso sexual (pênis-vagina), independente da

severidade da lesão. Também não foi encontrada relação entre a autopercepção de satisfação sexual prévia e posterior ao incidente traumático.

Em um dos poucos estudos brasileiros realizados, Alves *et al.* (1999) verificaram existência de relação entre a satisfação sexual de homens com lesão medular e o tempo de reabilitação, observando que entre mais da metade dos participantes que se declararam satisfeitos sexualmente, um em cada três já havia obtido alta do serviço de reabilitação, enquanto um em cada quatro encontrava-se no início do tratamento, sugerindo que o processo de reabilitação auxilia na readaptação à sexualidade e que, os participantes que se encontram no início do processo de reabilitação, ainda não têm a sexualidade como uma preocupação fundamental, podendo não tê-la experienciado após a lesão, mantendo como referência a prática sexual anterior à mesma. Contudo, não se pode descartar a metodologia utilizada, bem como a forma de abordagem ao participante. Este estudo também encontrou que um em cada sete participantes estava insatisfeito e $^{1}/_{4}$ não soube responder à questão.

Ishibashi *et al.* (2005), ao questionar 18 homens com lesão medular completa sobre o aspecto específico da satisfação com o desempenho sexual, demonstraram que $^{1}/_{3}$ dos participantes relataram estar satisfeitos com o desempenho sexual, enquanto aproximadamente metade afirmou não estar satisfeita e mais de $^{1}/_{5}$ reportou satisfazer-se com o seu desempenho somente em alguns momentos.

2.3.6. Influência da Medicação sobre a Sexualidade de Pessoas com Lesão Medular

As drogas psicotrópicas induzem efeitos muitas vezes difíceis de serem diferenciados dos produzidos pela patologia que o paciente apresenta, como no caso dos antidepressivos tricíclicos para a depressão, sendo importante não subestimar ou ignorar o impacto desses e outros medicamentos sobre a função sexual, evitando o surgimento de disfunções sexuais e a respectiva prescrição de tratamentos, desta forma, desnecessários, quando o simples fato de modificar a medicação prescrita para a patologia é suficiente para a recuperação da função sexual ausente ou alterada pelo tratamento patológico inicialmente realizado (SIPSKI; ALEXANDER, 2002; FÜRLL-RIEDE *et al.*, 2003).

São muitos os medicamentos que podem afetar a função sexual, entre eles os anti-hipertensivos, anticolesterolêmicos, antidepressivos e ansiolíticos, anticonvulsivantes e medicamentos para úlcera e câncer. Contudo, cabe salientar que as pesquisas de avaliação do impacto de medicamentos no funcionamento sexual geralmente baseiam-se em auto-relato e

não em análises laboratoriais, sendo os dados existentes não experimentais, sujeitos a irregularidades (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Outras questões apontadas referem-se aos estudos com a população masculina, os quais encontram-se mais avançados do que entre as mulheres e, ainda, de drogas recentes que resultam em melhoria da função sexual como a pravastatina e a lovastatina (SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

2.3.7. Aconselhamento Sexual

Embora Lianza et al. (1995, p.318) afirmem que "o aconselhamento sexual é uma parte importante e integrante de qualquer programa de reabilitação de pacientes com lesão medular", ainda na atualidade, o aconselhamento sexual não foi definitivamente implantado nos programas de reabilitação. Em algumas instituições que o implantaram, é realizado enfocando a educação e informação sexuais, principalmente em relação às repercussões da lesão medular sobre a função sexual. Os autores supracitados ainda alertam para a necessidade de aperfeiçoamento desta área, uma vez que pesquisas realizadas com pacientes indicam que a informação fornecida sobre a sexualidade durante o período de reabilitação é inadequada.

Segundo Maior (1988) o aconselhamento sexual objetiva primordialmente a prevenção de conflitos posteriores, uma vez que a falta de realização na área da sexualidade compromete a reabilitação da pessoa com lesão medular, contribuindo para extinguir falsos conceitos, reduzir ansiedade, aumentar a capacidade de aceitação de novos comportamentos sexuais e ampliar a confiança mútua entre o paciente e os profissionais de reabilitação.

Questionados sobre o aconselhamento sexual pós-lesão medular, somente um em cada cinco dos homens que compuseram o estudo de Alexander *et al.* (1993) afirmou que recebeu algum tipo de aconselhamento relacionado às preocupações sexuais, realizado por médico ou psicólogo; apenas um em cada dez relatou que seus parceiros receberam aconselhamento sexual; e mais da metade reivindica receber algum tipo de educação sobre as capacidades sexuais pós-lesão medular. Os autores afirmam ainda que educação e aconselhamento sexuais se constituíam em uma das principais demandas da pessoa com lesão medular.

Ducharme *et al.* (1992) afirma que para o aconselhamento sexual atingir seu objetivo de promover função psicossocial e sexual é importante perceber o paciente como parte de um contexto social que engloba o parceiro, família, amigos, colaboradores, vizinhos e mesmo o meio hospitalar, devido às inúmeras questões psicoterapêuticas que necessitam ser abordadas

pela pessoa e encaradas no curso do ajustamento à deficiência, tais como as questões de identidade, dependência, auto-estima e valores. Os mesmos recomendam, pela natureza pessoal das questões, que o aconselhamento seja individualizado, podendo ser acompanhado de terapia do casal, sendo ainda disponibilizada ao parceiro, quando o companheiro debilitado não esteja com vontade de participar do mesmo.

Há discrepância entre os autores em relação ao período em que a pessoa lesionada deve receber o aconselhamento sexual. Em uma pesquisa bibliográfica, Maior (1988) afirma que os autores pesquisados por ela concordam que o programa de aconselhamento deve ser oferecido nos primeiros seis meses da lesão, período em que os deficientes ainda estão internados.

Fisher et al. (2002) verificaram que os participantes de seu estudo demonstraram interesse em receber informações e aconselhamento sexual durante o intervalo da alta da internação até o sexto mês pós-lesão, correspondendo ao período de declínio da atividade sexual e, portanto, de realista reconhecimento relacionado à função e interesse sexuais, embora os participantes tivessem até dezoito meses de lesão e o interesse não ter diminuído nos intervalos posteriores (6 a 12 e 12 a 18 meses). Por sua vez, Alexander *et al.* (1993) acreditam que as informações são fornecidas em um período em que as pessoas lesionadas não são capazes de absorvê-las de modo efetivo e Maior (1988) conclui que dificilmente a pessoa apresentará equilíbrio emocional suficiente para buscar respostas realistas durante os seis primeiros meses de lesão, bem como é improvável que se possa estabelecer, clinicamente, o prognóstico sexual durante esse período.

Fisher et al. (2002) concluíram que os primeiros seis meses após a lesão parecem marcar o período crítico para a intervenção em saúde sexual, sendo um momento no processo de ajustamento, no qual as pessoas recém-lesionadas estão abertas à educação e aconselhamento sexuais. Entretanto sugerem que o ideal é o momento onde o indivíduo pode ter experiências com sua sexualidade após a lesão, embora o período em que se está internado não seja propício para a intervenção, devido às dificuldades encontradas no ambiente hospitalar de se experienciar a sexualidade. Cabe ressaltar, no entanto, que o período de internação e reabilitação após uma lesão medular em outros países é distinto da realidade brasileira, resultando na necessidade dos profissionais deste país em perceber o momento ideal para a intervenção em sua população.

Há outras características que também diferem os programas de aconselhamento sexual: o formato, se individual ou em grupo, que por sua vez podem ser homogêneos ou heterogêneos, e incluir ou não o parceiro; tempo de duração, podendo variar de uma tarde

intensiva a semanas consecutivas; número de participantes, bem como os critérios de seleção dos mesmos; conteúdo aplicado; profissionais envolvidos; e até mesmo o nível de preparo dos profissionais.

2.3.8. Adaptação sexual

Segundo Ducharme *et al.* (1992) a capacidade de adaptação à sexualidade pós-lesão medular ou ajustamento sexual é regida pelos mesmos princípios aplicados ao ajustamento à deficiência: faz-se necessário lamentar as perdas, analisar e desenvolver o potencial saudável, uma vez que todos têm alguma capacidade sexual, ou como sugere o autor, algum repertório de comportamentos que comunique sentimentos sexuais, e assim promover o ajuste emocional e sexual requeridos, ainda que haja um período de redução do impulso ou desempenho sexual, podendo haver, contudo, período de exibição sexual para validar a sobrevivência.

Salientando o anteriormente mencionado, Maior (1988) afirma que o ajuste sexual, similar ao ajuste à incapacidade requer mudança dos valores antes atribuídos às diversas atividades, com a pessoa deficiente modificando o foco das potencialidades perdidas às possibilidades remanescentes.

Embora alguns considerem viável a opção de anular o contexto sexual de suas vidas, muitos pacientes não reassumem a vida sexual por receio, medo, falta de informações, e todos esses fatores denotam as dificuldades de ajustamento sexual.

Uma vez que a sexualidade é um dos componentes da personalidade de todas as pessoas, a adaptação à incapacidade abrange a dimensão sexual e, portanto, o ajuste sexual, como aspecto essencial à saúde, deveria integrar o programa de reabilitação do deficiente (MAIOR, 1988).

Ducharme *et al.* (1992) preconiza que o ajustamento sexual satisfatório é atingido quando a pessoa deficiente aprende a valorizar suas capacidades sexuais e estabelecer alguma forma de comunicação, em oposição à tentativa de readquirir a vida sexual que possuía antes da lesão medular, sendo especialmente importante o desenvolvimento de habilidades em comunicação e intimidade.

Um em cada quatro homens lesionados que participaram do estudo de Alexander *et al.* (1993) acredita não ter-se ajustado bem à sexualidade pós-lesão e três em cada quatro acreditam que sua deficiência afeta negativamente a qualidade de seus relacionamentos

sexuais. Os autores observaram ainda que cerca de metade dos participantes acredita que sua deficiência afeta negativamente a capacidade de criar e educar os filhos.

Segundo Kreuter *et al.* (1996), a idade jovem, experiência sexual prévia e o uso de agentes facilitadores para aumentar o prazer sexual são fatores que exercem papéis positivos na capacidade de ajustamento sexual por pessoas com lesão medular. No entanto, nível e grau de comprometimento da lesão, sexo, nível educacional e estar inserido no mercado de trabalho não se relacionaram com o ajustamento sexual. A variedade do repertório sexual, a percepção de que o parceiro gosta e está satisfeito sexualmente e a percepção de satisfação do parceiro com a adequação da pessoa lesionada são fatores que explicam, segundo os autores supracitados, noventa e um por cento da variância da capacidade de ajuste à sexualidade.

Desejo sexual, satisfação com o relacionamento, repertório sexual e percepção pelo participante da satisfação sexual do parceiro, este último corroborando com os achados de Kreuter *et al.* (1996), foram os fatores que, de acordo com Phelps *et al.* (2001), estão relacionados com a capacidade do homem com lesão medular em se ajustar sexualmente, sendo a satisfação do parceiro, a qualidade do relacionamento e o desejo sexual fortes preditores desta capacidade.

2.3.9. Sexualidade Adaptada: interface entre sexo e gênero

O impacto da lesão medular transforma a relação das pessoas consigo próprias e com as demais, comprometendo entre outros, o ideal do culto ao corpo, modelado pelos padrões de estética corporal, identidade sexual e de gênero, havendo, contudo, diferenças significativas entre os sexos diante da adequação à sexualidade após se instaurar a deficiência.

Enquanto a sexualidade feminina é difusa sobre o seu corpo e, deste modo, a lesão medular atinge entre as mulheres a sexualidade na sua imediaticidade, haja visto que o corpo feminino, considerado objeto de erotização, ao apresentar-se deficiente distancia-se do modelo imposto pela cultura vigente, a sexualidade masculina, entretanto, independente da classe social, é centrada em seu órgão sexual, em função de sua energia estar canalizada para a produção, e a lesão medular, por sua vez, acarreta entre outros o sentimento de perda da identidade masculina, ou seja, do significado social e político historicamente imposto ao corpo sexuado (CARDOSO, 2004; SALIMENE, 1995; VIEIRA, 1997; MURARO, 1983).

Isso decorre da percepção de perda da virilidade, conceito incorporado pela cultura e traduzido pela capacidade sexual principalmente referente à ereção e ejaculação, devido às limitações impostas pela lesão, o que pode levá-los a renunciar à independência, autonomia,

responsabilidade, aspectos importantes de sua vida e que compõem a identidade do homem (GREGORY apud SALIMENE, 1995).

Por sua vez, a percepção de perda da virilidade decorrente à lesão, prejudica o status social e influencia nas relações interpessoais, uma vez que predomina na modernidade a alienante concepção da sexualidade masculina como instrumento de dominação e poder, atribuída às sociedades que valorizam o trabalho em detrimento do prazer, negando o corpo, tirando o essencial da identidade masculina, ou seja, a manifestação da sexualidade de homem e, conseqüentemente, seu poder nas relações sociais e interpessoais (SALIMENE, 1995).

Alguns estudiosos afirmam que as mulheres comumente apresentam menor dificuldade em reajustar-se à sua identidade sexual quando comparadas aos homens, possivelmente por, tradicionalmente, submeterem-se a um papel passivo - imposto pela tradição judaico-cristã - e por valorizarem a afetividade na sexualidade (MOTT, 2006). Entretanto, não se pode desconsiderar que os valores vêm modificando, principalmente nas classes média e alta em decorrência da equiparação das condições sociais, econômicas, educacionais e culturais, bem como das relacionadas à gratificação sexual e valorização orgásmica, e as mulheres não somente têm deixado de se submeter aos papéis passivos, como vêm valorizando o sexo, independentemente da afetividade, na relação com o outro (RICHARD *et al.*, 1997; SALIMENE, 1995).

2.3.10. Aspecto Sociocultural

A concepção do corpo como instrumento de trabalho sendo o centro do fazer humano, bem como o estabelecimento da relação humana intermediada pelo processo produtivo voltado à atenção das necessidades básicas, juntamente à repressão e negação do prazer e à valorização da função reprodutiva da sexualidade, sedimentam o ainda atual preconceito de que a pessoa com deficiência seja desprovida de sexualidade, uma vez que um corpo limitado em seu físico também seria limitado em sua expressão sexual (SALIMENE, 1995).

Conseqüentemente, não há nos currículos acadêmicos das áreas da saúde, e especificamente de reabilitação, em nível de graduação ou pós-graduação, uma disciplina voltada ao estudo da sexualidade humana, suas disfunções e peculiaridades em diferentes populações e, deste modo, em sua formação, os *profissionais* de saúde são apenas instruídos quanto à fisiopatologia da função genito-urinária e reprodutiva, não recebendo informações sobre o comportamento sexual contemporâneo, encontrando-se *despreparados* para lidar com as questões sexuais suscitadas por seus pacientes, principalmente quando se tratam de pessoas

com lesão medular, devido ao impacto direto da lesão sobre os componentes da sexualidade humana (RICHARDS *et al.*, 1997; MAIOR, 2001; BRUNS, 2008).

Por sua vez, o despreparo profissional gera ausência de educação e aconselhamento sexuais nos programas de reabilitação, resultando em obtenção por parte dos pacientes de informações incompletas, quando não errôneas, repletas de mitos e estereótipos a respeito de sua incapacidade física e da influência desta na atividade sexual, afetando drasticamente a vivência sexual dessas pessoas, bem como perpetuando o preconceito, desinformação, frustração e inadaptação psicossocial, e refletindo na atual situação da prática clínica em termos de sexualidade (COLE; COLE, 1994; LIANZA *et al.*, 1995; RICHARDS *et al.*, 1997; MAIOR, 2001).

Contudo, inerente ao ser humano, a sexualidade constitui-se em instinto de vida, composta por aspectos biológicos, psicoemocionais e socioculturais e, ao negá-la, estar-se-ia negando a própria condição humana (FREUD apud BEE, 1984).

Apreendida em sua amplitude, pode-se melhor compreender a sexualidade de pessoas com deficiência, fazendo-se necessário disseminar essa consciência entre os profissionais de saúde, principalmente da reabilitação visto que tratam o paciente integralmente, bem como entre as pessoas com deficiência, seus parceiros e familiares, e por fim à sociedade, no sentido de alterar as reações, atitudes, pensamentos e sentimentos à justaposição dos conceitos de sexo e deficiência (COLE ; COLE, 1994; RICHARDS *et al.*, 1997).

2.3.11. Propostas de Reabilitação Sexual

Verifica-se na atualidade a iniciativa dos centros de reabilitação em incluir a educação e o aconselhamento sexual como um componente na rotina do tratamento. No entanto, as medidas geralmente enfocam a resposta sexual, fertilidade e suas respectivas disfunções no homem lesionado e a capacidade reprodutiva da mulher lesionada e, inadequadamente, combinam as discussões sobre a sexualidade com os programas de educação de controle de esfíncteres, indicando a necessidade de sensibilizar os profissionais para os anseios e questionamentos sexuais das pessoas com lesão medular (RICHARDS *et al.*, 1997; SIPSKI, 2004; ALEXANDER *et al.*, 1993).

Deste modo, é de responsabilidade da equipe de saúde remediar essa desinformação, adotando uma postura positiva e competente, ofertando programas que não somente voltem-se aos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, como ocorre atualmente, mas valorizem a sexualidade como um aspecto vital, de ocupação e preocupação profissional,

tanto quanto as demais dimensões da vida humana, conduzindo os pacientes conforme interesses pessoais, direcionando-os à conscientização e vivência plena e saudável da mesma (SALIMENE, 1995; COLE; COLE, 1994).

Com esse intuito, os profissionais de saúde estarão assegurando o cumprimento do direito humano básico à saúde sexual, instituído na Declaração de Direitos Sexuais Humanos pela World Association for Sexology - WAS, sendo resultado do ambiente que reconhece, respeita e exercita os direitos sexuais, constituindo em direito fundamental que deve ser promovido e defendido; direito a exercer sua sexualidade, de regra prejudicado por mitos e estereótipos que, não mais do que revelam a rejeição social, e que implicam em preocupações que devem nortear a existência dessas pessoas, sendo a área da sexualidade excluída das mesmas, destinada a pessoas “normais” (SALIMENE, 1995; WAS, 2006).

Há algumas propostas descritas na literatura como a de Salimene (1995), que, acreditando ser possível auxiliar essas pessoas a explorar suas potencialidades sexuais e capacidades remanescentes, propõe a criação, no âmbito institucional, de um protocolo integrado de atendimento, com objetivos e metodologia definidos de orientação e aconselhamento ao(à) paciente e à(ao) companheira(o), sem deixar, contudo, de considerar as experiências vividas, os elementos culturais e a natureza de cada um. A pesquisadora também sugere que as instituições ofereçam palestras e debates sobre questões relacionadas à sexualidade, interagindo com os pacientes de forma a propiciar a expressão de dúvidas, temores e expectativas.

Contudo, a pesquisadora anteriormente citada alerta para a necessidade de instituir o aprimoramento técnico dos profissionais dos programas de reabilitação na temática da sexualidade, bem como desenvolver pesquisas interdisciplinares sobre a sexualidade das pessoas lesionadas, incrementando o conhecimento acadêmico e alicerçando a prática terapêutica.

Alexander *et al.* (1993) também adverte para a necessidade de capacitação da equipe de saúde, principalmente ao verificar o envolvimento em atividade sexual dos profissionais de saúde com seus pacientes, relatado por quatro em cada dez participantes de seu estudo.

Richards *et al.* (1997) sugerem, em resposta às necessidades sexuais expressas pelas pessoas com lesão medular, a implementação de grupos de discussão sobre a sexualidade, sejam separados por sexo ou mistos.

Em uma proposta mais arrojada e intervindo clinicamente, Courtois *et al.* (2001) realizaram pesquisa experimental com 10 homens lesionados que consultaram o Institut de Réadaptation de Montréal no Canadá e o Hôpital de Rééducation Henry Gabrielle na França,

em decorrência à dificuldade eretiva inicial, todos apresentando, contudo, manutenção da inervação perineal. A equipe objetivou, por meio do treinamento da musculatura perineal com a combinação das técnicas de biofeedback e exercícios realizados em casa, maximizar a força muscular da área perineal para melhorar a capacidade eretiva e seus resultados demonstraram significativa melhoria na intumescência peniana média e máxima, como também a manutenção dos resultados obtidos. Por outro lado, a rigidez peniana aumentou, mas não de forma significativa.

Mais recentemente, Leibowitz (2005) entrevistou mulheres com lesão medular e explorou tópicos relacionados à educação e ao aconselhamento sexuais recebidos, preocupações sexuais após a lesão, sugestões de abordagens e atividades favorecendo a reabilitação sexual, podendo-se concluir que essas informações auxiliariam no treinamento e conseqüentemente na atuação realizada pela equipe de reabilitação que intervém junto a essa clientela.

Concomitantemente às propostas voltadas à reabilitação sexual, encontram-se na literatura estrangeira as propostas de preparação dos profissionais de saúde, de modo a promoverem o cuidado à saúde sexual de seus pacientes.

Tepper (1992; 1997) inicialmente publica um artigo onde faz recomendações sobre a educação sexual na reabilitação da pessoa com lesão medular e, posteriormente, propõe um novo currículo para profissionais de saúde que trabalham na reabilitação desta população específica, o *Providing Comprehensive Sexual Health Care in Spinal Cord Injury Rehabilitation*.

Em 2002, Esmail e colaboradores publicam uma revisão de literatura que objetivou, entre outros, explorar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para auxiliar os casais em relação às dificuldades impostas pela lesão e concluíram que as várias intervenções poderiam ser incorporadas ao modelo P-LI-SS-IT proposto na década de 70 por Annon (1976), mediante o qual os profissionais de saúde são capazes de determinar as necessidades de seus pacientes, bem como avaliar seu próprio nível de conforto e habilidade em lidar com as questões relacionadas à sexualidade dos mesmos.

Nos anos seguintes, um grupo de pesquisadores australianos publicou artigos sobre o treinamento dos profissionais e as propostas de reabilitação. Kendall *et al.* (2003) desenvolveram uma escala para avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais ao prover reabilitação sexual após a lesão medular, nomeada Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes Towards Sexuality Scale (KCAASS). Posteriormente Booth *et al.* (2003) utilizando-se desta escala avaliaram as necessidades requeridas pelos profissionais e

identificaram dificuldades desde relacionadas ao conhecimento até o conforto em lidar com as demandas dos pacientes, havendo significativas barreiras para a promoção da reabilitação sexual para pessoas lesionadas devido à escassa atenção conferida à preparação dos profissionais de saúde às questões sexuais. Por fim, Fronek *et al.* (2005) avaliaram a eficiência de um programa de treinamento voltado à sexualidade baseado no modelo PLISSIT, aplicado a uma equipe interdisciplinar de reabilitação de pessoas lesionadas.

Observadas as influências ocasionadas pela lesão medular sobre a sexualidade humana, bem como as contraposições encontradas entre os estudos e percebendo que se trata de população e propostas estrangeira, evidencia-se o interesse pelos estudiosos, pesquisadores e a necessidade pelos indivíduos acometidos e profissionais de saúde que assistem a essa população de compreender a sexualidade adaptada de homens brasileiros, explorar aspectos remanescentes da sexualidade e valorizar o potencial saudável da pessoa lesionada, o que conduz à finalização desta revisão de literatura, justificando a realização da presente pesquisa.

3. ESTUDO 1. SEXUALIDADE ADAPTADA DO HOMEM COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA

Este estudo objetivou avaliar o impacto exercido pela lesão medular sobre a sexualidade masculina, buscando identificar os componentes sexuais significativamente afetados, sendo empregado o design de pesquisa quantitativo-qualitativo descritivo do tipo causal-comparativo a uma amostragem intencional, casual-sistemática, composta por 62 homens com lesão medular adquirida. O presente capítulo foi reservado a apresentar este primeiro estudo.

3.1. METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se por ser de cunho qualiquantitativo, empírico, descritivo, de inter-relação causal-comparativo, uma vez que objetivou avaliar o impacto da lesão medular sobre os componentes da sexualidade masculina.

A caracterização qualiquantitativa advém da utilização conjunta da pesquisa quantitativa, que objetivou mensurar construtos com obtenção de dados, a partir de questionário aplicado, tratados estatisticamente, com a pesquisa qualitativa, a qual buscou o significado dos fenômenos, com aquisição de informações por meio de entrevistas e grupos focais, analisadas conforme o conteúdo, de modo a complementarem-se (BARDIN, 1977; THOMAS; NELSON, 2002).

A metodologia descritiva foi empregada com a finalidade de delinear as características da população deste estudo, a partir das descrições dos dados e informações (GIL, 1995). Adotou-se o tipo inter-relação causal-comparativo, uma vez que esta pesquisa priorizou o estudo da inter-relação entre fenômenos, procurando-se identificar presença de influência,

considerando a natureza qualitativa das hipóteses, bem como a comparação entre períodos, no caso deste estudo, pré e pós-lesão medular (RUDIO, 1986).

3.2. PARTICIPANTES

Este estudo foi composto por 62 participantes, dos quais 57 compuseram a investigação quantitativa e 14 a qualitativa, havendo perda amostral referente à quantitativa de 5 participantes, ou seja, dos quatorze participantes que compuseram a investigação qualitativa, cinco não retornaram o questionário, não sendo incluídos no estudo quantitativo. Foram selecionados conforme amostragem intencional ou proposital segundo Turato (2003), utilizando-se diferentes técnicas. Uma das técnicas empregadas para a seleção das pessoas consistiu na *amostragem baseada no critério*, sendo estabelecido o perfil do participante para a inclusão das pessoas na pesquisa (THOMAS; NELSON, 2002).

Deste modo, o perfil dos participantes caracterizou-se por homens que se enquadrassem nos critérios de inclusão definidos:

- ✓ Diagnóstico clínico de lesão medular;
- ✓ Etiologia adquirida;
- ✓ Idade acima de 18 anos;
- ✓ Preservação cognitiva;

As demais técnicas adotadas basearam-se na amostragem casual-sistemática dos tipos *snow ball* (indicação de novos participantes por meio das pessoas que participaram ou de profissionais de saúde) e *focus groups* (focalizada em grupos particulares), sendo selecionados em clínicas e centros de reabilitação, associações, projetos e eventos esportivos voltados aos interesses da população com lesão medular.

3.3. INSTRUMENTAÇÃO

3.3.1. Questionário de Sexualidade Adaptada - QSexA

Este questionário foi elaborado pelos pesquisadores do Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade - LAGESC diante da ausência de instrumentos padronizados que avaliem a sexualidade – em sua dimensão global e conglomerando seus componentes – das pessoas com lesão medular, nos períodos anterior e posterior ao incidente traumático. O Questionário de Sexualidade Adaptada versão Masculina aborda diferentes aspectos do comportamento, orientação, função, satisfação e prazer sexuais com o objetivo de identificar as alterações sexuais masculinas decorrentes da lesão medular adquirida.

O instrumento semi-estruturado, contendo questões abertas e fechadas, é composto por três partes: a primeira compõe-se de anamnese com questões sociodemográficas e dados de saúde; a segunda e terceira são compostas por questões sobre autopercepção dos componentes sexuais subdivididas conforme os períodos pré e pós-lesão medular respectivamente.

O instrumento adotado foi desenvolvido baseando-se na literatura relacionada ao referencial teórico e a pesquisas publicadas do tipo survey com pessoas com lesão medular, tais como White *et al.* (1992), Alexander *et al.* (1993), Kreuter *et al.* (1996), Phelps *et al.* (2001) e Fisher *et al.* (2002), e encontra-se em processo de validação de clareza e conteúdo, bem como terá sua fidedignidade testada quanto ao critério estabilidade, sendo utilizados nas pesquisas de Mendes (2005), Condé et al. (2006), Condé (2006), Mendes *et al.* (2007) e Cardoso *et al.* (2007). O Questionário de Sexualidade Adaptada versão Masculina utilizado neste primeiro estudo é disponibilizado no Anexo C.

3.3.2. Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada

A Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada - ESexA foi desenvolvida com a finalidade de ser aplicada aos participantes que optaram por participar da investigação qualitativa concedendo informações sobre a sexualidade antes e após a lesão, embora já tivessem participado da quantitativa, preenchendo o QSexA anonimamente.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, onde a pesquisadora definiu um roteiro com temas estabelecidos, objetivando a obtenção de respostas dos diferentes participantes às mesmas questões, o que possibilitou a comparação, às quais refletiram somente a diversidade entre os respondentes, não entre as questões abordadas, característico da entrevista fechada sendo, segundo Richardson *et al.* (1999), peculiar às pesquisas quantitativas, embora com a possibilidade de propiciar um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal,

característico da entrevista aberta, típico às pesquisas qualitativas (BONI; QUARESMA, 2005; LAKATOS; MARCONI, 2007). O roteiro da Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada - ESexA encontra-se no Anexo D.

3.4. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Iniciado em março de 2006 e finalizado em dezembro de 2007, para este estudo foram selecionados homens com lesão medular adquirida da região sul brasileira, em tratamento no Centro Catarinense de Reabilitação – CCR em Florianópolis e na Clínica de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina, bem como filiados a associações como AFLODEF - Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos, atletas de projetos desportivos como basquetebol, natação e atletismo da UDESC e tênis de campo da UFSC, participantes de eventos esportivos como Para JASC, edições 2006, realizado em Joaçaba/SC e 2007, realizado em Jaraguá do Sul/SC e Liga Sul de Basquetebol em Cadeira de Rodas 2006 e 2007 realizadas em Florianópolis/SC. A seleção também foi possível devido à indicação de novos participantes por meio das pessoas que já haviam participado do estudo.

Em um primeiro momento, as pessoas eram informadas pelos pesquisadores sobre a natureza do estudo, seus objetivos e critérios de inclusão. A participação foi condicionada à assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, afirmando que aceitavam participar do estudo, cientes de que poderiam se retirar se e quando necessário. Este documento encontra-se no Anexo E.

Por conseguinte, aplicava-se o Questionário de Sexualidade Adaptada (Anexo C), sendo os participantes informados sobre o instrumento e podendo optar, conforme preferência, pelo modo de resolução, em sua forma original de questionário, sendo o instrumento lido e respondido pelo participante, podendo ter, se necessário, o auxílio do pesquisador, ou ainda, podendo ser conduzido como entrevista, sendo respondido face-a-face ao pesquisador. Ao possibilitar aos participantes a opção pela abordagem que mais lhes convinha, favoreceu a adesão à pesquisa, sendo que estudos como de Durant e Carey (2000) demonstraram que não há diferenças significativas entre ambas as formas de aplicação de questionário em pesquisas sobre o comportamento sexual humano.

Os participantes responderam ao questionário de forma anônima e confidencial, também não sendo identificados quando da opção pela resolução mediante entrevista, sendo o

instrumento, ao término do preenchimento, colocado em uma urna lacrada. Foi-lhes respeitada a decisão por não finalizar o preenchimento ou não entregar o questionário. Por fim, os pesquisadores disponibilizavam-se a responder aos questionamentos referentes à pesquisa ou ao tema abordado.

Para os participantes com disponibilidade e interesse em contribuir qualitativamente com a pesquisa, foi aplicado o Questionário de Sexualidade Adaptada (Anexo C) na forma de entrevista, onde pôde-se, de comum acordo com os participantes, explorar a opinião pessoal sobre cada aspecto da sexualidade questionado. Para as pessoas que já haviam respondido ao QSexA anonimamente e, ainda assim, optaram por fornecer informações qualitativas, realizou-se a Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada (Anexo D) a respeito da sexualidade pré e pós-lesão medular, agendada. Independente do instrumento aplicado, a entrevista foi gravada, sendo, portanto, solicitada a permissão ao participante, o qual autorizou mediante assinatura no *Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeo e Gravação*, disposto no Anexo F. A identidade dos participantes foi resguardada nas transcrições.

Os pesquisadores e bolsistas responsáveis pela coleta tiveram acesso aos dados e somente a atual pesquisadora teve acesso às informações colhidas, sendo que os dados quantitativos foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 13.0, enquanto as informações qualitativas foram transcritas para o Microsoft Office Word versão 2003, com o auxílio do software IBM ViaVoice™. O computador onde os dados foram tabulados possuía senha e não tinha acesso à Internet.

Após o preenchimento dos dados no computador, os instrumentos voltaram para seus envelopes de origem, sendo armazenados em uma das unidades do LAGESC, onde também foram armazenadas as gravações e transcrições das entrevistas. Para os participantes que solicitaram, as respectivas entrevistas gravadas e transcritas foram colocadas à disposição ao final da pesquisa, sendo as demais destruídas.

3.5.ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Utilizou-se para o tratamento estatístico dos dados quantitativos o programa estatístico SPSS versão 13.0, sendo realizada análise descritiva ou exploratória dos dados, de modo a possibilitar a apresentação dos dados obtidos mediante média (X) e desvio padrão (Dp), quando tratar-se de dados numéricos, freqüência (*f*) e percentual (%), quando categóricos, e

inferencial, propiciando a avaliação dos dados mediante comparação, associação e inter-relação (BARBETTA, 2002).

Utilizou-se para a comparação entre duas amostras o teste estatístico paramétrico teste t para identificar as diferenças entre dois grupos de participantes, classificado como independente ou não-relacionado, ou dentre participantes, classificado como medidas repetidas ou relacionado, o qual expressa se a diferença entre as médias é grande o suficiente para ser considerada importante.

O teste *t* pareado foi utilizado para identificar diferença e nível de significância das variáveis quantitativas, ou expressas numericamente, entre os períodos pré e pós-lesão medular, e o teste t independente para identificar diferença e nível de significância entre variáveis-controles, tais como nível ou tempo de lesão medular.

O presente estudo forneceu a média, desvio padrão, medida do efeito (d), compreendendo o quanto duas médias se diferem em termos de desvios padrão, bem como o tamanho do efeito, onde valores de d igual a 0,2 sugerem um efeito pequeno (85% de sobreposição), 0,5 sugere um efeito médio (67% de sobreposição) e 0,8 sugere um efeito grande (53% de sobreposição), o valor *t*, que quanto maior, maior a probabilidade de que a diferença entre as médias não resulte do erro amostral e graus de liberdade (gl), expresso por *n*-1, que aproximadamente se equipara ao tamanho da amostra (DANCEY; REIDY, 2006).

A análise de correlação foi realizada com o propósito de descobrir se existe relacionamento entre variáveis, improvável de acontecer devido ao erro amostral. Quando duas variáveis se correlacionam, indica que não são independentes e, portanto, de modo previsível, quando o escore de uma variar, o escore da outra também variará (DANCEY; REIDY, 2006).

O grau de relacionamento linear entre duas variáveis foi medido pelo coeficiente de correlação r (r de Pearson), sendo possível por meio desta análise determinar a direção do relacionamento, se positivo, negativo ou zero (ausência de relacionamento linear), e a força ou magnitude do relacionamento, intensidade 0 para valores 0, intensidade fraca para valores entre ±0,1 e ±0,3, intensidade moderada para valores entre ±0,4 e ±0,6, intensidade alta entre ±0,7 e ±0,9 e perfeita para valor igual a 1. No presente estudo foi demonstrado o valor exato de r, entretanto, ao referir-se à intensidade, o r foi arredondado matematicamente (DANCEY; REIDY, 2006).

Como valores entre ±0,0 e ±0,1; ±0,3 e ±0,4; ±0,6 e ±0,7; ±0,9 e ±1 não são especificados, utilizou-se o arredondamento matemático ao se referir à intensidade, onde um coeficiente 0,378, arredondado foi considerado como 0,4, apresentando intensidade

moderada. Também foi fornecido o nível de probabilidade associada, o valor de *p* exato, ou seja, a probabilidade do coeficiente de correlação resultar de um erro amostral, desde que a hipótese nula seja considerada verdadeira (DANCEY; REIDY, 2006).

O coeficiente de correlação é uma proporção entre a covariância, a variância compartilhada pelas duas variáveis, e também é uma medida das variações separadas. Desta forma, ao elevar o coeficiente de correlação ao quadrado (r^2) é possível verificar quanta variância, em termos percentuais, as variáveis compartilham, a exemplo, uma correlação de 0,4, ao quadrado, resulta em 0,16 que, em percentuais equivale a 16% de variância compartilhada (DANCEY; REIDY, 2006).

Foi utilizado o teste de correlação paramétrico Pearson e, apesar de se acreditar que há um ou mais fatores que influenciam a relação entre duas variáveis, não foi realizada correlação parcial entre duas variáveis em busca de se controlar (remover) a influência de uma terceira variável. Está análise poderá ser realizada em pesquisas posteriores objetivando aprofundar o estudo a respeito do impacto da lesão medular sobre a sexualidade humana.

A análise de regressão também utilizada neste estudo constitui-se em uma extensão da análise de correlação. A regressão linear bivariada avalia o efeito de uma única variável em outras e, considerando a natureza do tema estudado, optou-se por utilizar a regressão múltipla, que avaliou o efeito de variáveis explicativas em uma outra variável, a dependente. Enquanto a correlação apenas informa a força da relação, a regressão pode prever os fatores que alteram uma variável, ou seja, permite avaliar o efeito das explicativas sobre a dependente e assim prever a dependente a partir de várias explicativas. Neste estudo foi fornecido o valor de R (R múltiplo) que representa o r de Pearson arredondado em dois décimos, consistindo na correlação entre todos os valores; o R^2, sendo o coeficiente de correlação ao quadrado para igualmente obter a medida de variância explicada; o R^2 ajustado, que ajusta o número para fornecer uma estimativa realista da população, não de uma amostra como se baseia o R^2; o valor β que corresponde ao peso padronizado, indicando em quantos desvios padrão as variáveis explicativas modificam um desvio padrão da variável dependente; o valor *t*; e o valor de *p*, o nível de probabilidade associado (DANCEY; REIDY, 2006).

Algumas condições foram respeitadas como: utilização da proporção de 15 participantes para cada variável explicativa; apresentação de relacionamento linear das variáveis explicativas com a variável dependente; o princípio da multicolinearidade, onde as variáveis explicativas apresentaram correlações altas com a variável critério, mas não umas com as outras (DANCEY; REIDY, 2006).

Para a realização da análise de comparação considerando, entretanto, variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-quadrado (x^2) em substituição ao teste t independente e o *Marginal Homogeneity Test* em substituição ao teste t pareado. O *Marginal Homogeneity Test* foi utilizado como uma extensão do McNemar a respostas binárias, para testar modificações nas mesmas. Utiliza a distribuição do qui-quadrado, sendo empregado para detectar alterações em intervenções experimentais de design antes e depois (SPSS, 2008).

O intervalo de confiança adotado para as análises foi de 95%. O nível de significância α, ou seja, a probabilidade de se obter um relacionamento ou diferença de certa magnitude caso a hipótese nula seja verdadeira, adotado para os testes estatísticos realizados foi de 5%, de forma a conferir confiança quanto ao resultado obtido fornecer suporte à hipótese de pesquisa, sendo a probabilidade aceitável (0,05 ou 1 em 20) de incorrer no erro do Tipo I, que é a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula quando é verdadeira, deste modo, o critério de significância estatística do resultado é de $p \leq 0.05$ (DANCEY; REIDY, 2006).

Devido à amostra pequena, principalmente ao se controlar algumas variáveis, poder resultar em um valor *p* relativamente grande, Dancey e Reidy (2006) sugere a demonstração da medida de magnitude do efeito experimental ou o tamanho do efeito e, portanto, foram fornecidas informações sobre o valor do relacionamento ou da diferença entre as variáveis testadas. Desta forma, será relatada além do valor do teste, o valor da probabilidade (*p*) e o tamanho do efeito, por meio do coeficiente de correlação (r), que é o efeito natural e indica a força do relacionamento linear entre duas variáveis, que pode ser elevado ao quadrado (r^2) para se obter uma medida da variância explicada, compartilhada entre as variáveis e expressa em valores percentuais, ou por meio da medida da magnitude do efeito utilizado para diferenças entre grupos (d).

As informações qualitativas foram transcritas para o programa Microsoft Office Word XP versão 2003, com auxílio do software IBM Via Voice™, avaliadas inicialmente utilizando-se da análise de conteúdo e posteriormente dispostas em categorias temáticas, empregadas para embasar, justificar ou mesmo contrapor os dados quantitativos encontrados.

A análise de conteúdo consiste em um método alternativo de pesquisa que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação, constituindo-se no conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação das informações de uma pesquisa, aplicada ao exame de discursos, dados de comunicação e semelhantes, objetivando uma leitura crítica e aprofundada, de modo a descrever e interpretar os materiais colhidos, bem como inferir sobre suas condições (BARDIN, 1977). Turato (2003) afirma que é utilizada para explicitar o sentido contido num

documento, tendo em vista palavras pré-selecionadas pelo locutor, freqüência de recorrência de certos termos e andamento do discurso.

Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo categorial temática. A análise categorial é feita mediante o desmembramento do texto em unidades, ou seja, categorias, segundo agrupamentos e reagrupamentos conforme os significados semânticos. Dentre as possibilidades de categorização, por ser um estudo que investiga temas, esta análise denomina-se temática (BARDIN, 1977).

A sistematização das informações conforme o método supramencionado ocorreu mediante três etapas: inicialmente foi realizada a *pré-análise* dos discursos transcritos, em um segundo momento foi feita *exploração do material* com análise profunda das transcrições baseada nas hipóteses, referenciais teóricos e descrição analítica e, por fim, o *tratamento das informações* com a realização de inferências e interpretação das mesmas, estabelecendo-se relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo.

3.6. RESULTADOS

Iniciado em março de 2006 e finalizado em dezembro de 2007, este estudo contou com a participação de 57 homens com lesão medular adquirida, apresentando em média 33 anos de idade, na faixa etária de 18 a 61 anos. Aproximadamente metade dos participantes são solteiros, a maioria cursou o ensino médio, possuem em média 1,72 (Dp 1,28) itens de consumo em sua residência, de uma escala de quatro itens, e mantém-se financeiramente mediante benefícios previdenciários. Predominantemente de etnia branca, a maioria considerou-se liberal em termos de religiosidade.

Para melhor compreensão sobre os participantes deste estudo, dispõe-se na tabela 3.1 a *caracterização sociodemográfica* contendo dados gerais sobre os mesmos, bem como distribuídos de acordo com o nível de lesão medular reportada.

Tabela 3.1. Caracterização sociodemográfica dos homens com lesão medular em geral e conforme o nível da lesão medular

Questões sociodemográficas	**Tetraplégicos**		**Paraplégicos**		**Total**	
	f	**%**	***f***	**%**	***f***	**%**
Participantes do estudo*	**13**	**23**	**41**	**72**	**57**	**100**
Idade	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
18 ⊢ 30	7	53,8	21	51,2	30	52,6
31 ⊢ 40	4	30,8	5	12,2	10	17,6
41 ⊢ 50	0	0	11	26,8	11	19,3
51 ⊢ 61	1	7,7	3	7,4	4	7
Não responderam	1	7,7	1	2,4	2	3,5
Estado civil atual	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Solteiro	9	69,2	17	41,5	28	49,2
Casado	4	30,8	17	41,5	21	36,8
União estável	0	0	2	4,8	2	3,5
Separado	0	0	5	12,2	6	10,5
Escolaridade	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Ensino fundamental (1ª a 4ª série)	1	7,6	2	4,9	3	5,3
Ensino fundamental (5ª a 8ª série)	3	23,1	7	17,1	11	19,3
Ensino médio incompleto	2	15,4	8	19,5	10	17,5
Ensino médio completo	2	15,4	12	29,2	14	24,6
Ensino superior incompleto	2	15,4	5	12,2	7	12,3
Ensino superior completo	3	23,1	5	12,2	10	17,5
Pós-graduação	0	0	2	4,9	2	3,5
Itens de consumo	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Nenhum dos itens	2	15,4	10	24,4	12	21,1
1 item	4	30,7	8	19,5	13	22,8
2 itens	3	23,1	13	31,7	18	31,5
3 itens	2	15,4	5	12,2	7	12,3
Todos os itens	2	15,4	5	12,2	7	12,3
Fonte de renda	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Benefícios previdenciários	8	61,5	24	58,6	34	59,6
Família	2	15,4	1	2,4	3	5,3
Trabalho	1	7,7	13	31,7	15	26,3
Não responderam	2	15,4	3	7,3	5	8,8
Etnia	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Branco	9	69,2	35	85,4	46	80,7
Amarelo	0	0	1	2,4	1	1,8
Pardo	2	15,4	5	12,2	8	14
Negro	2	15,4	0	0	2	3,5
Religiosidade	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Conservador	2	15,4	11	26,8	13	22,8
Mediano	1	7,7	11	26,8	12	21,1
Liberal	10	76,9	18	44	31	54,4
Não responderam	0	0	1	2,4	1	1,7

* O total de participantes do estudo foi de 57 homens com lesão medular adquirida, entretanto três deles não especificaram o nível neurológico exato, impossibilitando determinar o nível alto ou baixo de sua lesão.

Dando continuidade à caracterização dos participantes deste estudo, analisou-se o *histórico de saúde* e *hábitos de vida* como um todo (total) e conforme o nível da lesão medular (tetraplégicos e paraplégicos), como verificado na tabela 3.2.

Tabela 3.2. Histórico de saúde e hábitos de vida dos homens com lesão medular em geral e conforme o nível de lesão adquirido

Dados de saúde e hábitos de vida	**Tetraplégicos**		**Paraplégicos**		**Total**	
	f	**%**	***f***	**%**	***f***	**%**
Nível da lesão medular	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Cervical	13	100	-	-	13	22,8
Torácica alta	-	-	19	46,3	19	33,3
Torácica baixa	-	-	18	43,9	18	31,6
Lombar	-	-	4	9,8	4	7
Não responderam	-	-	-	-	3*	5,3
Etiologia da lesão medular	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Acidente de trânsito	6	46,1	18	43,9	24	42,1
Arma de fogo	1	7,7	12	29,3	13	22,8
Quedas	1	7,7	6	14,6	7	12,3
Mergulho	4	30,8	0	0	4	7
Outros	1	7,7	5	12,2	9*	15,8
Idade de incidência da lesão	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
00 ⊣ 15	1	7,7	4	9,8	7*	12,3
15 ⊣ 30	8	61,5	30	73,2	39	68,4
30 ⊣ 45	2	15,4	6	14,6	8	14
Não responderam	2	15,4	1	2,4	3	5,3
Tempo de lesão (em anos)	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
00 ⊣ 10	7	53,8	22	53,7	31*	54,3
10 ⊣ 20	3	23,1	12	29,2	16*	28,1
20 ⊣ 30	0	0	5	12,2	5	8,8
30 ⊣ 40	1	7,7	2	4,9	3	5,3
Não responderam	2	15,4	0	0	2	3,5
Atividade física	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Sim	9	69,2	28	68,3	40*	70,2
Não	4	30,8	13	31,7	17	29,8
	n	**X (Dp)**	***n***	**X (Dp)**	***n***	**X (Dp)**
Idade atual	12	30,92 (8,96)	40	34,45 (11,56)	55*	33,11 (11,10)
Idade de incidência	11	21,73 (7,60)	40	22,57 (7,82)	54*	21,87 (8,16)
Tempo de lesão	11	9,27 (10,41)	41	11,83 (9,18)	55*	11,27 (9,23)

* Estes resultados retratam tanto os participantes que especificaram, bem como os que não especificaram o nível de sua lesão.

Verificou-se predomínio de lesão medular resultante em paraplegia, em nível torácico, sendo a etiologia traumática a de maior incidência, decorrente de acidente automobilístico primeiramente, encontrando como segunda causa mais freqüente o mergulho entre os tetraplégicos e o ferimento por arma de fogo entre os paraplégicos. Há prevalência da faixa etária de incidência da lesão entre 18 e 30 anos, sendo a média de idade de incidência de 22 anos. Apresentaram tempo médio desde o incidente traumático de 11 anos, o qual variou entre 1 e 37 anos. A maioria pratica atividade desportiva regularmente, sendo que se declararam para-atletas.

Analisando novamente os dados sociodemográficos, explorou-se o *estado civil* dos entrevistados de acordo com a faixa etária, comparando-se os períodos anterior e posterior à lesão medular e observou-se que, embora seja predominante o número de solteiros entre os participantes deste estudo, a maioria se concentra na faixa etária de 18 a 30 anos, havendo maior número de pessoas que vivem em união estável, casados ou separados, entre aqueles com idade de 31 a 61 anos. Os dados relacionados ao estado civil conforme faixas-etárias dos participantes podem ser melhor visualizados na tabela 3.3.

Tabela 3.3. Estado civil dos participantes antes e após a lesão conforme idade atual

Estado Civil	**Antes da lesão**			**Após a lesão**		
	18-30	**31-61**	**Total**	**18-30**	**31-61**	**Total**
Solteiros	23 (40,3%)	10 (17,5%)	34* (59,7%)	22 (38,6%)	4 (7%)	27* (47,4%)
Casados	4 (7%)	12 (21%)	17* (29,8%)	7 (12,2%)	13 (22,8%)	21* (36,8%)
União estável	3 (5,3%)	1 (1,8%)	4 (7%)	0 (0%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Separados	0 (0%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)	1 (1,8%)	6 (10,5%)	7 (12,3%)
Total	30 (52,6%)	25 (43,8%)	57* (100%)	30 (52,6%)	25 (43,8%)	57* (100%)

* Alguns participantes não responderam a idade atual, portanto não sendo possível adicioná-los na análise conforme faixa etária.

Pôde-se perceber diminuição no número de solteiros e casais em união estável, em conseqüência ao aumento de casados, bem como separados após a lesão medular resultando

em mudança no estado civil de um em cada 4 respondentes quando comparados os períodos pesquisados. Entre os 34 participantes solteiros antes da lesão, 6 casaram-se após a mesma, embora um tenha se separado, e 2 vivem com uma companheira em união estável. Entre os 4 que viviam em união estável, 3 casaram-se após a lesão, contudo, destes, 2 se separaram, e um ainda voltou a ser solteiro. Por fim, entre os 17 casados antes da lesão, apenas 2 se separaram após a lesão, totalizando em 9 o número de participantes que se casaram após a lesão medular e em 3 o número dos que ainda se separaram. Houve, portanto, um número elevado de separações entre os que se casaram após a lesão (33%), em relação aos que já eram casados antes da lesão (12%).

No tópico seguinte serão apresentados os resultados obtidos relacionados à sexualidade dos participantes deste estudo.

3.6.1. Comportamento Sexual

No atual estudo, averiguou-se como os entrevistados se sentem e se comportam perante a sexualidade. Observou-se que aproximadamente metade dos envolvidos se *considera* liberal *em termos de sexo*, não havendo, contudo, diferenças significativas entre conservadores, moderados e liberais, segundo a estatística inferencial (x^2=4,53; *p*=.104). A grande maioria relatou ter vida sexual ativa antes da lesão medular, enquanto após a lesão todos reportaram algum tipo de atividade sexual, grande parte com um parceiro. No momento em que foi aplicada esta pesquisa, entretanto, um número menor declarou estar ativo sexualmente.

A idade da *primeira relação sexual* variou entre 11 e 28 anos, tendo os respondentes, em média, a primeira relação em torno dos 14 anos de idade. Averiguou-se, no entanto, que, enquanto aqueles que tiveram experiência sexual antes da lesão iniciaram-se mais jovens, em média aos 14 anos (entre 11 e 20 anos), os que não tiveram experiência com um parceiro antes do incidente traumático, iniciaram-se sexualmente mais tarde, em torno dos 18 anos (entre 13 e 28 anos), embora os que sofreram o trauma na infância iniciaram-se sexualmente não tão jovens quanto os que vivenciaram a sexualidade antes da lesão, mas não tão mais velhos quanto os que tiveram o incidente na adolescência, em média com 16 anos de idade (entre 15 e 18 anos).

Estas informações, bem como as seguintes podem ser visualizadas na tabela 3.4.

Tabela 3.4. Algumas características do histórico sexual dos participantes do estudo

Características (nominais)	***f***	**%**
Auto-avaliação da sexualidade	**57**	**100**
Conservador	13	22,8
Moderado	18	31,6
Liberal	26	45,6
Vida sexual ativa*	**57**	**100**
Antes da lesão	52	91,2
Após a lesão	57	100
Atualmente	44	77,2
Primeira atividade sexual pós-lesão	**57**	**100**
Durante primeiro ano	17	29,8
Entre 1 e 2 anos	8	14
Entre 2 e 3 anos	3	5,3
Entre 3 e 4 anos	2	3,5
Entre 4 e 5 anos	3	5,3
Entre 5 e 10 anos	5	8,8
Acima de 10 anos	6	10,5
Não responderam	13	22,8
Características (numéricas)	**X**	**Dp**
Idade da primeira relação sexual (n=45)	14,86	2,79
Primeira atividade sexual após lesão (n=44)	3,78	4,95

* Entende-se por vida sexual ativa a prática de qualquer atividade sexual (beijo, abraço, sexo oral, masturbação, penetração, sexo anal) seja solitária ou com parceiro sexual.

A primeira *experiência sexual* após o trauma que originou a lesão ocorreu em média 4 anos após o incidente (3 anos e 9 meses), sendo que, enquanto alguns participantes engajaram-se em atividade sexual com um parceiro a partir do quarto mês de lesão, houve um entrevistado que se envolveu com parceiro somente 18 anos após o trauma. Aproximadamente $^{1}/_{3}$ dos respondentes se envolveram em atividade sexual com parceiro durante o primeiro ano de lesão, um número semelhante teve a primeira experiência entre um e cinco anos, menos de 10% entre 5 e 10 anos e cerca de um em cada dez teve sua primeira experiência sexual com parceiro 10 anos após o trauma, como verificado na tabela 3.4.

O *número de parceiros sexuais* após a lesão diminuiu significativamente, sendo que, em média, os participantes tiveram cerca de 7 parceiros antes do incidente traumático e aproximadamente 5 depois.

A *freqüência de atividade sexual* também apresentou um declínio significativo no período posterior à lesão medular, uma vez que a média pré-incidente era de 4 vezes por semana enquanto, após o mesmo, diminuiu para 2 vezes por semana. Aproximadamente 60% dos entrevistados apresentavam atividade sexual igual ou superior a 3 vezes semanais antes da lesão e cerca de 80% apresentou atividade entre 1 e 4 vezes por semana após o incidente.

Por sua vez, o *tempo de vida sexual ativa* não variou entre os períodos pré e pós-lesão, onde os respondentes tiveram em torno de 8 anos de vida sexual ativa em média antes do trauma, o qual variou entre menos de 1 ano a 30 anos, e em torno de 7 anos, em média, após a lesão, o qual variou entre menos de 1 ano a 32 anos. Todos os resultados mencionados anteriormente podem ser apreciados por meio das tabelas 3.5 e 3.6.

Tabela 3.5. Comportamento sexual dos participantes do estudo

Características (nominais)	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
	f	**%**	***f***	**%**
Número de parceiros sexuais	**57**	**100**	**57**	**100**
Nenhum	3	5,3	5	8,8
De 1 a 3	10	17,5	25	43,8
De 4 a 6	4	7	7	12,3
De 7 a 9	7	12,3	6	10,5
10 ou mais	24	42,1	13	22,8
Não responderam	9	15,8	1	1,8
Freqüência sexual	**57**	**100**	**57**	**100**
Nenhuma	1	1,8	7	12,3
Entre 1 e 2 vezes/semana	10	17,5	31	54,3
Entre 3 e 4 vezes/semana	21	36,8	14	24,5
Entre 5 e 7 vezes/semana	11	19,3	1	1,8
Mais de 7 vezes/semana	1	1,8	1	1,8
Não responderam	13	22,8	3	5,3
Características (numéricas)	**X**	**Dp**	**X**	**Dp**
Tempo de vida sexual ativa	8,55	6,9	7,04	8,3

Tabela 3.6. Diferenças relacionadas ao comportamento sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular

Comportamento sexual	**Número de parceiros**		**Freqüência sexual**		**Tempo de vida sexual ativa**	
	Antes	*Após*	*Antes*	*Após*	*Antes*	*Após*
n	47		43		42	
X	7,04	4,64	3,74	2,00	9,0	6,81
Dp	3,71	3,62	2,1	1,7	7,0	8,7
Teste *t* pareado	3.809		5,682		1,155	
gl	46		42		41	
p	**<.001**		**<.001**		.255	

O *número de parceiros* sexuais após a lesão medular relacionou-se, entre outros aspectos, com o grau de escolaridade dos participantes (r=.335*; *p*=.012); tempo de lesão medular (r=.404**; *p*=.002) e de vida sexual ativa após a lesão (r=.534**; *p*=<.001); número de parceiros sexuais antes da lesão (r=.318*; *p*=.029); prática de intercurso pênis-vagina (r=.301*; *p*=.024); capacidade do participante em obter ereção após a lesão medular (r=.352**; *p*=.009); e, finalmente, satisfação sexual após a lesão medular (r=.311*; *p*=.021). Por sua vez, o número de parceiros sexuais não se relacionou com o desejo sexual pessoal após a lesão (r=.225; *p*=0.60) ou nível de lesão medular (r=.240*; *p*=.077).

A *freqüência sexual* dos participantes após o incidente traumático apresentou relação, entre outros aspectos, com o grau de escolaridade (r=.384**; *p*=.004); freqüência sexual anterior à lesão (r=.448**; *p*=.003); intensidade do orgasmo percebida no período anterior à lesão (r=.369*; *p*=013), mas não no posterior (r=.209; *p*=.159); número de parceiros sexuais após a lesão (r=.309*; *p*=.025); prática de intercurso sexual (r=.374**; *p*=.005); capacidade de obter ereção (r=.296*; *p*=.033); e tempo de permanência da ereção (r=.327*; *p*=.021) após o incidente. A exemplo do número de parceiros, a freqüência sexual não correlacionou com o desejo sexual pessoal após o trauma (r=.228; *p*=.100) ou nível de lesão (r=.256*; *p*=.064).

Entre as *práticas sexuais realizadas* pelos lesionados, apenas a prática do sexo anal apresentou diminuição estatisticamente significativa. No entanto, pôde-se perceber, mesmo que aparentemente, aumento no número de respondentes que, após a lesão, realizam as atividades sexuais de beijo, abraço, sexo oral, toques íntimos, masturbação, utilização de

vibradores para estimulação como prática sexual, especialmente pelos mais velhos (r=.271*; *p*=.045), como também realização de outras atividades não especificadas pelos participantes. Por outro lado, diminuiu o número de entrevistados que realiza penetração vaginal no período pós-trauma. Os resultados foram obtidos ao aplicar o teste de comparação não-paramétrico *Marginal Homogeneity Test*, apresentado a seguir, sendo os mesmos obtidos ao ser aplicado o equivalente paramétrico teste t pareado, onde o único resultado significativo referiu-se ao sexo anal [t(51)=3,060; *p*=.004]. A tabela 3.7 apresenta os resultados encontrados com relação às práticas sexuais realizadas nos períodos pré e pós-lesão medular.

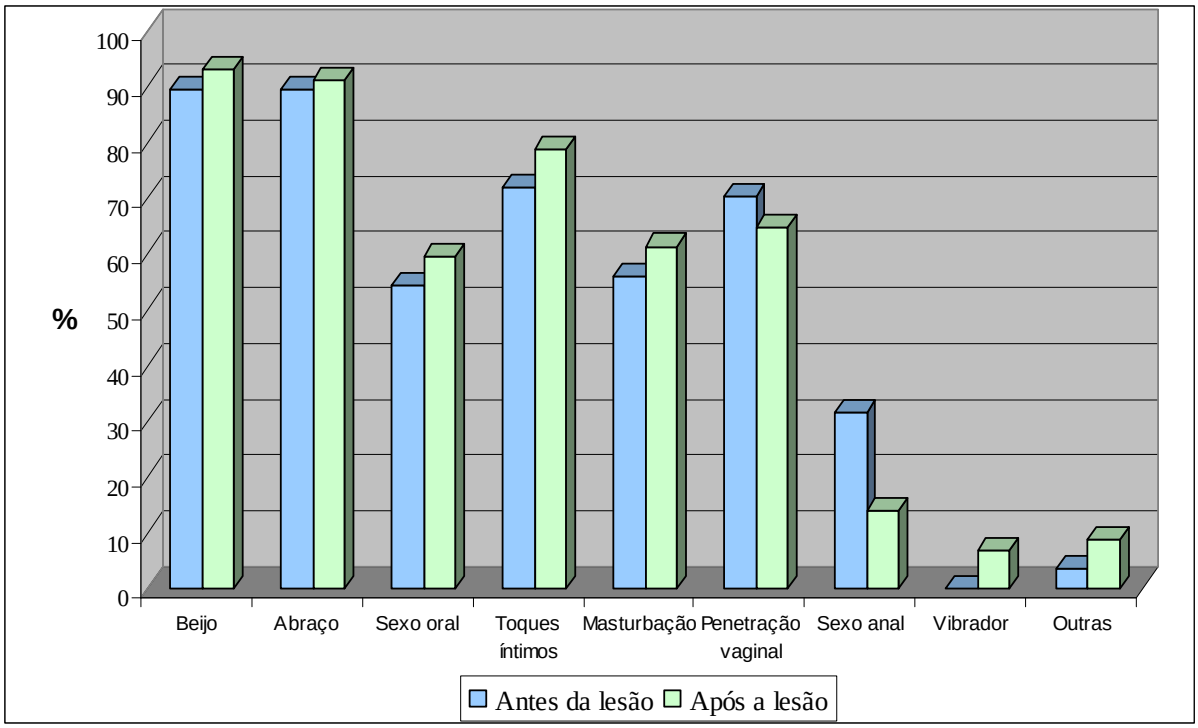
Tabela 3.7. Diferenças relacionadas às práticas sexuais entre os períodos pesquisados

Práticas sexuais	**Pré** (n=57)		**Pós** (n=57)		**Teste** (n=52)	
	f	**%**	***f***	**%**	***MH*[a]**	***p***
Beijo	51	89,5	53	93	-2,000	.157
Abraço	51	89,5	52	91,2	-3,000	.083
Sexo oral	31	54,3	34	59,6	,000	1.000
Toques íntimos	41	71,9	45	78,9	,000	1.000
Masturbação	32	56,1	35	61,4	,000	1.000
Penetração vaginal	40	70,2	37	64,9	-7,000	.071
Sexo anal	18	31,6	8	14	-11,000	**.005**
Estimulação com vibrador	0	0	4	7	3,000	.083
Outras atividades sexuais	2	3,5	5	8,8	3,000	.180
Não tinham vida sexual ativa	5	8,8	-	-	-	-
	X	**Dp**	**X**	**Dp**	***t***	***P***
Repertório sexual	5,1	1,64	4,8	1,8	1,236	.222

[a] *Marginal homogeneity test*

As atividades sexuais praticadas pelo maior número de pessoas com lesão medular foram: beijo, abraço, toques íntimos, penetração vaginal, masturbação, sexo oral, sexo anal e outras não especificadas, tanto no período anterior como posterior à lesão, com o diferencial de que, enquanto antes do trauma nenhum deles relatou utilizar vibrador para a estimulação sexual, no período posterior alguns relataram fazer uso deste dispositivo para incrementar sua prática sexual. Estes resultados estão melhor representados na figura 3.1.

Figura 3.1. Práticas sexuais realizadas conforme os períodos pesquisados



Observou-se, portanto, que não houve muitas modificações no repertório sexual em relação ao número de atividades sexuais realizadas pelos participantes. A seguir, pode ser visualizada a tabela 3.8 contendo o número de atividades realizadas antes e após a lesão medular e, posteriormente, uma breve descrição das alterações.

Tabela 3.8. Repertório sexual antes e após a lesão medular

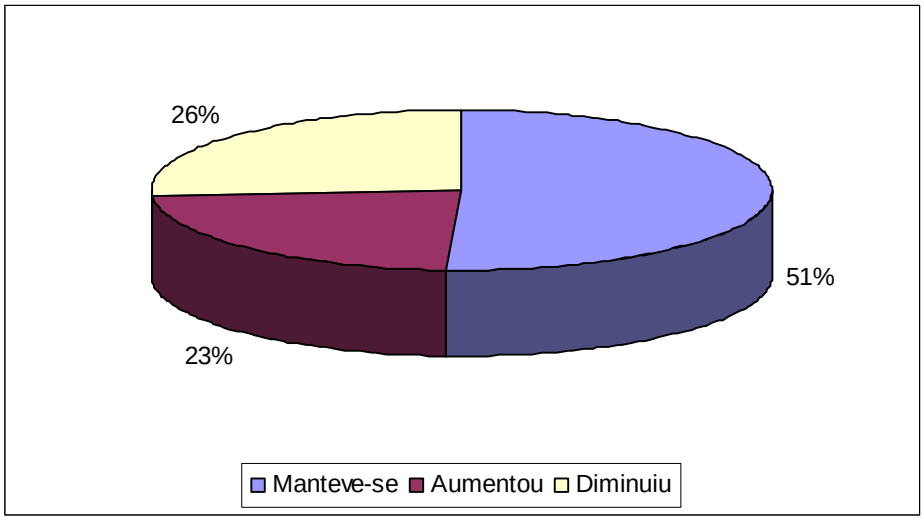
Repertório sexual	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
Prática de até 3 atividades	11	(19,3%)	14	(24,5%)
Entre 4 e 6 atividades	29	(50,9%)	36	(63,2%)
Entre 7 e 9 atividades	12	(21%)	7	(12,3%)
Não tinham atividade sexual	5	(8,8%)	0	(0%)

Ao comparar o repertório sexual dos participantes antes e após a lesão, observou-se que: entre os 14 entrevistados com o repertório formado por até 3 atividades sexuais após o trauma, para 5 deles estas se mantiveram como antes da lesão. No entanto, para 9 deles houve queda no número de atividades após a lesão; entre os 36 que possuem repertório moderado após o incidente traumático, constituído por 4 a 6 atividades, verificou-se que, para 21, este se manteve como antes do incidente, para 9, houve aumento de práticas e, para 6, observou-se

queda após o trauma. Por fim, entre os respondentes que possuem após a lesão variado repertório sexual, para 3 este continuou entre 7 e 9 atividades e, para 4, aumentou para esta quantidade após a lesão medular.

Resulta que, entre metade dos homens o repertório se manteve como antes da lesão e para a outra metade, houve modificações, de forma a aumentar entre ¼ dos lesionados e diminuir entre ¼ deles. Vale ressaltar que, entre os participantes que não tinham atividade antes da lesão, 4 dos 5 formaram um repertório considerável, composto por 4 a 6 atividades sexuais. A distribuição relacionada ao repertório sexual pode ser melhor visualizada por meio da figura 3.2.

Figura 3.2. Repertório sexual após a lesão medular comparativamente ao período anterior



Entre os respondentes que, posteriormente ao incidente, praticam até três atividades sexuais, verificou-se que: três deles restringem-se a beijar e abraçar, um se limita ao sexo oral, um ao abraço e outro à masturbação; seis realizam atividade de beijo e abraço combinadas com toques íntimos (n=2), masturbação (n=1), penetração vaginal (n=2) ou, ainda, outras atividades não especificadas (n=1); um participante realiza atividade de beijo, toques íntimos e masturbação e, por fim, um realiza penetração vaginal e sexo anal.

Por meio das relações estabelecidas, procurou-se traçar o *perfil do participante que realiza penetração vaginal após a lesão medular*. Assim, observou-se maior incidência de pessoas sexualmente ativas (r=.564**; p<.001), inclusive estando há mais tempo ativas sexualmente depois do incidente traumático (r=.351*; p=.011); tendem a ter maior número de parceiros sexuais (r=.301*; p=.024), bem como freqüência sexual (r=.374**; p=.005) após o incidente; gostam de realizar penetração (r=.628**; p=.000), e cujas parceiras também gostam

(r=.576**; *p*=.000), sendo os que realizam sexo anal (r=.297*; *p*=.025). Não necessariamente têm nível de excitação mais elevado (r=.217; *p*=.109), mas obtêm ereção espontânea (r=.312*; *p*=.020) ou utilizam algo para obtê-la ou mantê-la (r=.203*; *p*=.035) e, independente de sua forma de obtenção, desde que a ereção dure por tempo considerável (r=.279*; *p*=0.43), fazendo-se suficiente para o intercurso sexual (r=.296*; *p*=0.27). Estão entre aqueles que atingem o orgasmo (r=.274*; *p*=.047) e o percebem com elevada intensidade (r=.285*; *p*=.045), embora não se encontrem necessariamente satisfeitos sexualmente (r=.231; *p*=.087). Por fim, são aqueles que tendem a sentir prazer proporcionado pelo peito (r=.380**; *p*=.004), embora não pelo pênis (r=.194; *p*=.153).

Segundo a opinião de número superior a 75% dos entrevistados, após a lesão medular é possível fazer sexo sem penetração, enquanto 14% opinaram não ser possível e 9% se abstiveram de responder. O perfil do participante que acredita que o ato sexual não se limita à prática de penetração vaginal, podendo ser excluída do mesmo, é o daquele com maior número de itens de consumo (r=.294*; *p*=.034), longo tempo de lesão medular (r=.288*; *p*=.042), nível alto de excitação antes do trauma (r=-429**; *p*=.003), que praticava (r=.342*; *p*=.019) e ainda pratica masturbação (r=.301*; *p*=.030), gosta de receber sexo oral (r=.301*; *p*=.030), sendo recíproco da parte de seu parceiro (r=.337*; *p*=.016), situando-se entre os mais satisfeitos sexualmente após a lesão medular (r=.332*; *p*=.017). Não foi encontrada correlação entre esta concepção e a capacidade de obter ereção (r=.032; *p*=.822) e prazer proporcionado pelo pênis (r=.095; p=.510), uma vez que se esperava obter correlações negativas.

3.6.2. Orientação Sexual

Com relação ao que os participantes gostam em termos de sexo, a preferência pelas atividades sexuais de abraço, utilização de vibrador e outras não especificadas aumentou consideravelmente, enquanto a preferência por penetração vaginal diminuiu de forma significativa, como observado na tabela 3.9.

Verificou-se, entretanto, aumento aparente na preferência por beijo, toques íntimos e masturbação e diminuição aparente na preferência por sexo oral e anal como atividades sexuais.

Tabela 3.9. Diferenças relacionadas à orientação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular

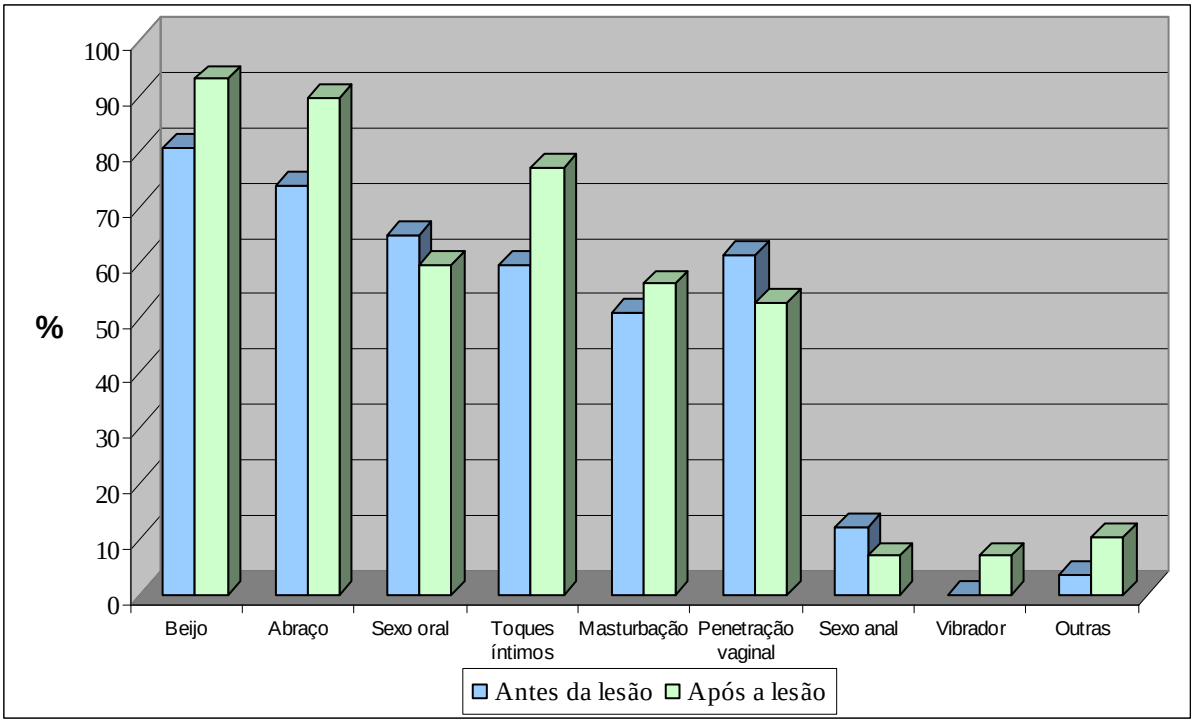
Orientação Sexual	**Pré** (n=57)		**Pós** (n=57)		**Teste** (n=52)	
	f	**%**	***f***	**%**	***MH*[a]**	***p***
Beijo	46	80,7	53	93	3,000	.180
Abraço	42	73,7	51	89,5	5,000	**.025**
Sexo oral	37	64,9	34	59,6	-6,000	.134
Toques íntimos	34	59,6	44	77,2	6,000	.134
Masturbação	29	50,9	32	56,1	-1,000	.808
Penetração vaginal	35	61,4	30	52,6	-9,000	**.029**
Sexo anal	7	12,3	4	7	-4,000	.102
Estimulação com vibrador	0	0	4	7	4,000	**.046**
Outras atividades sexuais	2	3,5	6	10,5	4,000	**.046**
Não tinham vida sexual ativa	5	8,8	-	-	-	-

[a] Marginal homogeneity test

Além de ser realizada análise não-paramétrica com a utilização do *Marginal Homogeneity Test*, também foi realizada análise paramétrica mediante o teste t pareado e obteve-se os mesmos resultados significativos: abraço [*t*(51)=-2,329; p.024]; estimulação com vibrador [*t*(51)=-2,062; p=.044]; penetração [*t*(51)=2,268; p=.028]; e outras atividades não especificadas [*t*(51)=-2,062; p=.044], bem como os mesmos não significativos.

Para melhor visualizar esses resultados, a preferência pelas práticas sexuais nos períodos pré e pós-lesão medular é apresentada na figura 3.3.

Figura 3.3. Preferência pelas práticas sexuais nos períodos pré e pós-lesão medular



Igualmente à prática sexual, procurou-se delinear o *perfil do participante que gosta de penetração*, ainda que a preferência por esta prática tenha diminuído. Assim sendo, buscou-se entender por que um número significativo de indivíduos deixou de gostar da penetração como prática sexual pós-lesão. Em geral, o perfil foi o da pessoa que gostava de penetração antes do incidente traumático (r=.369**; p=.007) e que tanto a realiza (r=.628**; p<.001), como seu parceiro gosta de praticar (r=.607**; p=.000), sendo uma pessoa sexualmente ativa após o trauma (r=.405**; p=.002). Independente do nível de excitação (r=.195; p=.150) e função erétil (r=.220; p=.107), é aquele que tende a perceber o orgasmo com maior intensidade (r=.293*; p=.039), tende a ser capaz de ejacular (r=.410**; p=.002), e o seu orgasmo vem acompanhado por ejaculação (r=.305*; p=.022). Não sente necessariamente prazer proporcionado pelo pênis (r=.210; p=.055) e não se encontra necessariamente satisfeito com a vida sexual (r=.154; p=.258).

3.6.3. Função sexual

Neste tópico serão abordados os resultados relacionados ao funcionamento sexual, compreendido pelo desejo sexual e respostas sexuais humanas segundo a definição de Masters e Johnson (1966).

3.6.3.1. Desejo sexual

O *desejo sexual* dos participantes antes e após a lesão medular foi mensurado por meio de uma escala Likert de 11 pontos (de 0 a 10 ou de nulo a alto) e, segundo os dados obtidos, o desejo sexual diminuiu significativamente após o incidente traumático. A tabela 3.10 demonstra os resultados obtidos ao comparar o nível de desejo sexual antes e após o incidente traumático, bem como ao controlar as variáveis nível de lesão e tempo de ocorrência.

Tabela 3.10. Diferenças referentes ao desejo sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão

Período	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
n	51		56	
X	8,98		7,38	
Dp	1,71		2,41	
Teste *t* pareado	4,588			
gl	49			
p	**.000**			
Nível de lesão	***Paraplégicos***		***Tetraplégicos***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	38		11	
X	8,92	7,34	9,09	7,64
Dp	1,79	2,45	1,51	2,42
Teste *t* pareado	3,893		1,958	
gl	37		10	
p	**.000**		.079	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***		***Muito tempo de lesão (>3)***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	13		37	
X	8,62	6,23	9,11	7,78
Dp	1,94	2,89	1,63	2,11
Teste *t* pareado	2,526		3,972	
gl	12		36	
p	**.027**		**.000**	

A diferença entre os períodos pré e pós-trauma independe do tempo de ocorrência, ou seja, tanto os respondentes com pouco tempo de lesão – definido por período igual ou inferior a três anos de trauma –, quanto os com muito tempo – definido como superior a três anos de incidente –, perceberam seu desejo por sexo alterar sensivelmente entre os períodos pesquisados. No entanto, é principalmente percebida pelas pessoas com lesão medular resultante em paraplegia.

Ao analisar o nível de desejo sexual pós-trauma, não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os diferentes níveis de lesão medular, idade e estado civil atuais, aconselhamento sexual, atividade sexual atual e prática esportiva regular, apresentando-se, em todos os casos mencionados, diminuído após a lesão medular, embora tenha sido percebido um pouco mais elevado entre os adultos jovens, solteiros, ativos sexualmente e não-praticantes de atividade física desportiva, ainda que não seja um aumento considerável.

Entretanto, verificou-se diferença significativa relacionada ao tempo de lesão medular, ou seja, os participantes com pouco tempo de trauma apresentaram desejo sexual significativamente menor do que os indivíduos com muito tempo de lesão, ainda que ambos os grupos apresentem desejo menor do que o percebido no período anterior ao incidente traumático, ou seja, embora os dois grupos percebam o desejo sexual como diminuído após a lesão, o interesse por sexo é ainda menor entre participantes recém-lesionados, como verificado na tabela 3.11.

Tabela 3.11. Nível de desejo sexual após a lesão medular conforme as variáveis do estudo

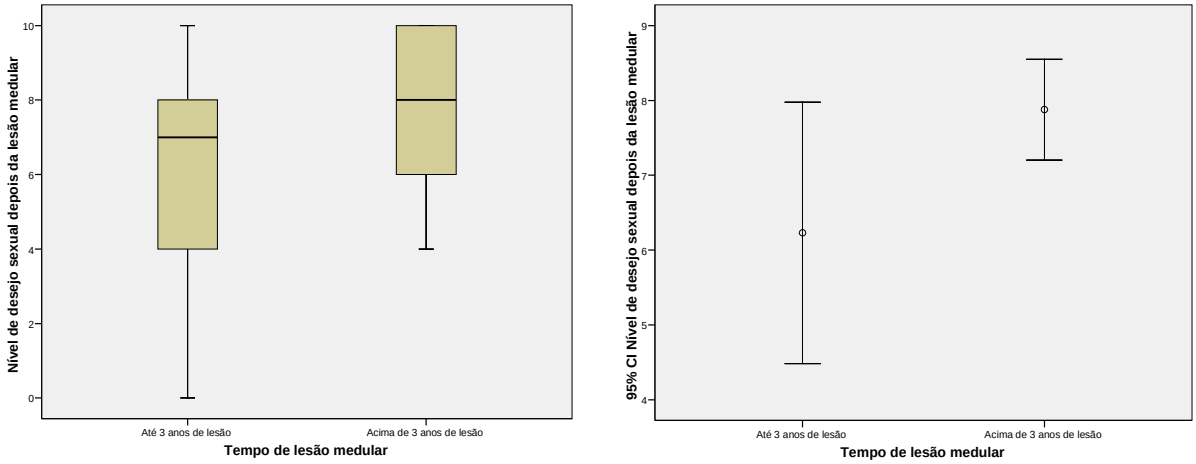
Nível de lesão	***Paraplégico***	***Tetraplégico***
n	40	13
X	7,35	7,31
Dp	2,46	2,56
Teste *t* independente	,052	
gl	19,692	
p	.959	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***	***Muito tempo de lesão (>3)***
n	13	41
X	6,23	7,88
Dp	2,89	2,14
Teste *t* independente	2.220	
gl	52	
p	**.031**	

Tabela 3.11. Continuação

Idade	***Adulto jovem (até 30 anos)***		***Adulto maduro (acima de 30)***
n	30		24
X	7,60		7,04
Dp	2,27		2,71
Teste *t* independente		-.824	
gl		52	
p		.414	
Estado civil	***Solteiro***		***Casado***
n	34		22
X	7,74		6,91
Dp	2,21		2,76
Teste *t* independente		1.240	
gl		54	
p		.220	
Aconselhamento sexual	***Recebeu***		***Não recebeu***
n	26		29
X	7,50		7,45
Dp	2,61		2,29
Teste *t* independente		-0.78	
gl		53	
p		.938	
Atividade sexual	***Ativos***		***Não-ativos***
n	43		13
X	7,58		6,85
Dp	2,34		2,79
Teste *t* independente		-.862	
gl		17,417	
p		.401	
Prática esportiva regular	***Pratica***		***Não pratica***
N	39		17
X	7,28		7,71
Dp	2,25		2,91
Teste *t* independente		.592	
gl		54	
p		.556	

Na análise comparativa entre o tempo curto e longo de lesão, a diferença de média entre as condições foi de 0.86, onde o intervalo de -.158 a 3.137 contém a diferença das médias dos participantes, apresentando um efeito entre médio e grande (0,7), com 57% de sobreposição, como pode ser visualizado pelos gráficos encontrados na figura 3.4.

Figura 3.4. Gráficos de caixa e erro relacionados ao desejo sexual conforme tempo de lesão



Considerando o resultado obtido, optou-se por analisar detalhadamente o nível de desejo sexual conforme o tempo de lesão dos indivíduos e observou-se que a percepção do desejo sexual entre os que se encontram no segundo ano pós-lesão é menor quando comparada a antes do incidente traumático. É ainda menor entre os participantes que se encontram no terceiro ano pós-trauma, sendo este o período que concentra o índice mais baixo de desejo sexual. Interessantemente, o desejo é mais alto entre os respondentes com quatro anos de lesão, inclusive apresentando índice tão elevado quanto o do período anterior ao incidente. Entre os indivíduos do quinto ano, o desejo é menor, próximo à média geral dos participantes pós-lesão, a qual se mantém entre os respondentes com mais de 5 anos de lesão.

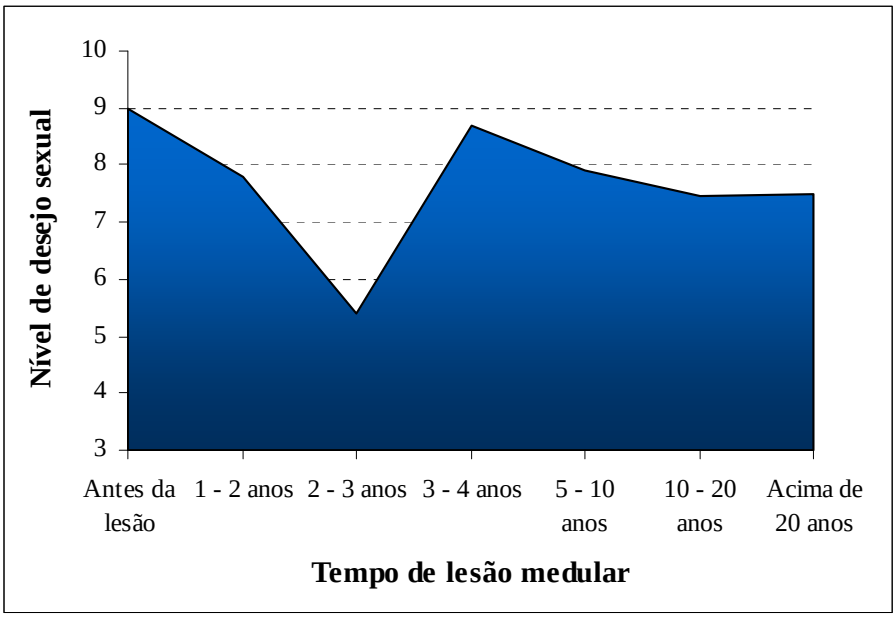
Os resultados observados em relação ao interesse por sexo após o trauma de acordo com o tempo de ocorrência do mesmo são apresentados na tabela 3.12.

Tabela 3.12. Avaliação do desejo sexual pós-trauma conforme tempo de lesão medular

Desejo sexual	***n***	**X**	**Dp**
Antes da lesão medular	51	8,98	1,71
Entre 1 e 2 anos de lesão (1⊣|2)	4	7,75	2,22
Entre 2 e 3 anos de lesão (2⊣|3)	7	5,43	3,26
Entre 3 e 4 anos de lesão (3⊣|4)	7	8,71	2,22
Entre 5 e 10 anos de lesão (5|⊣|10)	13	7,85	2,15
Entre 10 e 20 anos de lesão (10⊣|20)	15	7,47	2,56
Acima de 20 anos de lesão (20⊣|37)	8	7,50	2,56

Apesar de não ser um estudo longitudinal, ao se considerar cada grupo como representante de um período, é possível notar que o desejo sexual diminuiu progressivamente até o terceiro ano, período em que apresenta o índice mais baixo; aumentou de forma considerável no quarto ano, coincidindo com o retorno à vida sexual (vide tabela 3.4) e diminuiu novamente, estabilizando-se a partir do quinto ano pós-trauma. Contudo, não há informações sobre o desejo logo após a lesão, ou entre 4 e 5 anos, uma vez que não se encontraram participantes nestes períodos.

Figura 3.5. Avaliação do desejo sexual conforme o tempo de lesão



Para possibilitar a comparação com as demais pesquisas, converteu-se a escala Likert numérica em uma escala nominal intervalar conforme os parâmetros estipulados por Melo (1994) e avaliou-se a percepção do desejo sexual de acordo com o quanto o participante o considera adequado. Segundo Melo (1994) valores de 0 a 4 formam uma categoria, aqui denominada ‘baixo ou nulo’, valores de 5 a 7 formam uma segunda categoria, aqui denominada ‘moderado’, e valores entre 8 e 10 formam uma terceira categoria, denominada ‘alto’.

Observou-se que, enquanto mais de ¾ dos participantes o considera alto antes da lesão, após o incidente um pouco mais de metade o considera desta forma, apresentando aumento do número de participantes que o considera moderado e baixo ou nulo. Esta diferença na percepção do desejo foi considerada significativa conforme o *Marginal*

Homogeneity Test, ou seja, o teste inferencial não-paramétrico que avalia diferença relacionada a variáveis categóricas, como apresentada na tabela 3.13.

Tabela 3.13. Qualificação do nível de desejo sexual nos períodos pré e pós-lesão medular

	Antes da lesão		Após a lesão	
	f	(%)	*f*	(%)
Alto	44	(77%)	29	(51%)
Moderado	5	(9%)	20	(35%)
Baixo ou nulo	2	(4%)	7	(12%)
Não responderam	6	(10%)	1	(2%)
MH		40.000		
p		**.000**		

Por fim, realizou-se análise de inter-relação onde verificou-se relação significativa entre o nível de desejo sexual antes e após a lesão medular (r=.320*; *p*=.024). Encontrou-se também relação entre o nível de desejo sexual pós-trauma e a idade de incidência da lesão medular (r=-.308*; *p*=.025); tempo de vida sexual ativa pré-trauma (r=-377*; *p*=.010); e nível de satisfação sexual posterior (r=.331*; *p*=.019). O desejo após o incidente também foi considerado mais elevado entre os entrevistados que praticam masturbação (r=.392**; *p*=.003), gostam de sexo oral (r=.276*; *p*=.039) e entre aqueles cujas parceiras gostam de toques íntimos (r=.269*; *p*=.045).

Não se encontrou correlação com vida sexual ativa (r=.128; *p*=.347); função erétil (r=114; *p*=.408), prazer proporcionado pelo pênis (r=.136; *p*=.318), repertório sexual (r=.178; *p*=.190), possibilidade de realização de sexo sem penetração (r=.197; *p*=.167) ou aconselhamento sexual (r=.011; *p*=.938).

3.6.3.2. Resposta Sexual

Ao avaliar comparativamente o nível de *excitação sexual* entre os períodos pré e pós-lesão medular, verificou-se alteração significativa, com diminuição de seu nível após o trauma. Este resultado independe do nível e tempo de lesão, sugerindo que tanto participantes com seqüela de tetraplegia quanto paraplegia afirmam que o nível de excitação sexual

diminuiu consideravelmente em comparação aos períodos pré e pós-incidente traumático, sendo o mesmo válido entre os respondentes com pouco e muito tempo de lesão medular.

Esses dados podem ser verificados por meio da tabela 3.14.

Tabela 3.14. Diferenças referentes à excitação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão

Período	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
n	52		56	
X	9,27		6,49	
Dp	1,23		2,84	
Teste *t* pareado	7,303			
gl	50			
p	**.000**			
Nível de lesão	***Paraplégicos***		***Tetraplégicos***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	38		12	
X	9,21	6,37	9,42	6,92
Dp	1,34	2,94	,900	2,71
Teste *t* pareado	6,183		3,409	
gl	37		11	
p	**.000**		**.006**	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***		***Muito tempo de lesão (>3)***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	13		37	
X	8,85	5,08	9,41	6,89
Dp	1,52	3,20	1,12	2,56
Teste *t* pareado	4,365		6,033	
gl	12		36	
p	**.001**		**.000**	

Ao verificar a percepção do nível de excitação sexual no período posterior ao incidente traumático, observou-se que, entre os recém-lesionados, esse nível é consideravelmente menor quando comparado àqueles com muito tempo de trauma, ressaltando-se que a média

em relação à excitação do grupo com muito tempo de lesão é maior que a média geral pós-incidente, ainda que, em ambos, o nível seja menor do que o percebido antes da lesão medular. Verificou-se também que a percepção do nível de excitação é significativamente mais elevada entre os adultos jovens, com até 30 anos, em comparação aos adultos maduros, entre 30 e 61 anos.

Averiguou-se ainda que a excitação sexual é significativamente mais baixa entre os lesionados não-ativos sexualmente, indicando tanto que a falta de atividade sexual pode afetar a percepção dos participantes quanto ao nível de excitação, quanto que o nível de excitação reduzido pode resultar na inatividade sexual.

Finalizando a análise em torno do nível de excitação pós-trauma, não foram encontradas diferenças significativas ao comparar os níveis de lesão medular, estado civil atual, aconselhamento sexual e prática esportiva regular, embora se tenha observado, ainda que pouco e não estatisticamente significativo, níveis mais elevados de excitação entre participantes tetraplégicos, solteiros, que receberam aconselhamento sexual e praticam atividade física desportiva.

Os resultados mencionados anteriormente encontram-se na tabela 3.15.

Tabela 3.15. Nível de excitação sexual pós-lesão conforme as variáveis do estudo

Nível de lesão	***Paraplégico***		***Tetraplégico***
n	40		13
X	6,48		7,00
Dp	2,92		2,61
Teste *t* independente		-,577	
gl		51	
p		.566	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3anos)***		***Muito tempo de lesão (>3anos)***
n	13		41
X	5,08		7,12
Dp	3,20		2,56
Teste *t* independente		2,360	
gl		52	
p		**.022**	

Tabela 3.15. Continuação

Idade	***Adulto jovem (até 30 anos)***		***Adulto maduro (acima de 30)***
n	***30***		***24***
X	***7,47***		***6,00***
Dp	***2,53***		***2,78***
Teste *t* independente		-2,026	
gl		52	
p		**.048**	
Estado civil	***Solteiro***		***Casado***
n	34		22
X	7,21		5,95
Dp	2,42		3,27
Teste *t* independente		1,643	
gl		54	
p		.106	
Aconselhamento sexual	***Recebeu***		***Não recebeu***
n	26		29
X	6,96		6,48
Dp	2,85		2,89
Teste *t* independente		-,618	
gl		52,491	
p		.539	
Atividade sexual	***Ativos***		***Não-ativos***
n	43		13
X	7,28		4,85
Dp	2,42		3,34
Teste *t* independente		-2,896	
gl		54	
p		**.005**	
Prática esportiva regular	***Pratica***		***Não pratica***
n	39		17
X	6,92		6,24
Dp	2,62		3,29
Teste *t* independente		-,835	
gl		54	
p		.407	

Em termos de qualificação, o nível de excitação foi considerado alto pela grande maioria dos participantes antes da lesão. Contudo, após o trauma, houve distribuição semelhante entre os que o consideraram alto e moderado. Salienta-se que $^{1}/_{5}$ dos entrevistados o relataram como baixo ou nulo, sendo encontrada diferença significativa entre os níveis de qualificação da excitação antes e após a lesão medular, como verificado na tabela 3.16.

Tabela 3.16. Qualificação do nível de excitação sexual pré e pós-lesão medular

	Antes da lesão		Após a lesão	
	f	(%)	*f*	(%)
Alto	47	(82%)	23	(40%)
Moderado	5	(9%)	21	(37%)
Baixo ou nulo	0	(0%)	12	(21%)
Não responderam	5	(9%)	1	(2%)
MH	59.000			
p	**.000**			

O nível de excitação após o incidente traumático relacionou-se com o nível de excitação antes da lesão medular (r=.309*; *p*=.027), capacidade de obter ereção após a mesma (r=.373**; *p*=.005), se esta ereção possibilita o intercurso sexual (r=.422**; *p*=.001) e apresenta duração adequada (r=.376**; *p*=.006). Também relacionou-se com: estado civil após a lesão (r=-.315*; *p*=.018); nível de desejo sexual pós-trauma (r=.409**; *p*=.002); intensidade do orgasmo antes da lesão (r=.364*; *p*=.013); capacidade de atingir o orgasmo (r=.471**; *p*<.001) e intensidade do orgasmo atingido após o incidente (r=.398**; *p*=.004); e satisfação sexual (r=.643**; *p*<.001).

Apresentaram tendência a obter níveis mais elevados de excitação sexual os indivíduos que praticam (r=.401**; *p*=.002) e gostam de masturbação (r=.344**; *p*=.009), bem como de sexo oral (r=.265*; *p*=.049) e que sentem prazer proporcionado pelo peito (r=.473**; *p*<.001) e pênis (r=.320*; *p*=.016). Por sua vez, não se relacionou com a utilização de agentes ou dispositivos para obter ereção (r=.072; *p*=.600) ou capacidade de ejacular (r=.156; *p*=.255).

A percepção relacionada ao *orgasmo*, a exemplo do desejo e excitação sexuais, também diminuiu de modo relevante no período posterior ao da lesão medular, independentemente do tempo de incidência, ou seja, tanto os recém-lesionados quanto o grupo com muito tempo de trauma perceberam modificações relacionadas ao orgasmo pós-incidente em comparação ao período anterior. No entanto, a diferença observada se manteve somente entre os paraplégicos, sugerindo que a resposta sexual do orgasmo não se alterou consideravelmente entre os períodos em meio às pessoas com tetraplegia, ainda que ambas se apresentem diminuída após a lesão.

Os resultados relacionados à comparação da intensidade do orgasmo conforme os períodos pesquisados, bem como controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão encontram-se na tabela 3.17.

Tabela 3.17. Diferenças referentes à intensidade do orgasmo entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão.

Período	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
n	47		50	
X	8,23		4,75	
Dp	2,25		3,51	
Teste *t* pareado	6,491			
gl	43			
p	**.000**			
Grau de lesão	***Paraplégicos***		***Tetraplégicos***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	35	35	11	12
X	8,47	4,63	7,36	5,00
Dp	1,95	3,57	2,94	3,61
Teste *t* pareado	6,414		1,909	
gl	31		10	
p	**.000**		.085	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***		***Muito tempo de lesão (>3)***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	11		32	
X	8,55	4,18	8,25	5,06
Dp	1,57	3,66	2,37	3,47
Teste *t* pareado	4,393		4,882	
gl	10		31	
p	**.001**		**.000**	

Na avaliação da intensidade do orgasmo pós-trauma não foram obtidas diferenças significativas entre os diferentes níveis e tempo de lesão, idade e estado civil atuais, aconselhamento sexual, atividade sexual e prática esportiva regular, sendo em geral obtidas

médias baixas relacionadas à percepção do orgasmo, com exceção dos participantes que receberam aconselhamento sexual, os quais, embora não tenham apresentado diferença significativa quando comparados aos que não receberam informações ou aconselhamento sexual, obtiveram média relativamente mais alta que as das demais variáveis analisadas, inclusive à média geral do período pós-lesão, ainda que menor que a do período anterior ao incidente traumático.

A intensidade do orgasmo ainda encontrou-se mais elevada entre os tetraplégicos, participantes com muito tempo de lesão, adultos jovens, solteiros e praticantes de atividade física desportiva, apesar de esta diferença não apresentar valor significativo, como verificado na tabela 3.18.

Tabela 3.18. Intensidade do orgasmo após a lesão medular conforme variáveis do estudo

Nível de lesão	***Paraplégico***	***Tetraplégico***
n	35	12
X	4,80	5,25
Dp	3,73	3,55
Teste *t* independente	-,365	
gl	45	
p	.717	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***	***Muito tempo de lesão (>3)***
n	11	37
X	4,18	5,41
Dp	3,66	3,64
Teste *t* independente	,976	
gl	16,368	
p	.343	
Idade	***Adulto jovem***	***Adulto maduro***
n	27	21
X	5,56	4,62
Dp	3,66	3,57
Teste *t* independente	-,889	
gl	46	
p	.379	
Estado civil	***Solteiro***	**Casado**
n	30	20
X	5,20	4,95
Dp	3,58	3,82
Teste *t* independente	,236	
gl	48	
p	.815	

Tabela 3.18. Continuação.

Aconselhamento sexual	***Recebeu***	***Não recebeu***
n	24	25
X	6,13	4,20
Dp	3,44	3,69
Teste *t* independente	-1,887	
gl	47	
p	.065	
Atividade sexual	***Ativo***	***Não-ativo***
n	39	11
X	5,10	5,09
Dp	3,68	3,68
Teste *t* independente	-,009	
gl	48	
p	.993	
Prática esportiva regular	***Pratica***	***Não pratica***
n	38	12
X	5,00	5,42
Dp	3,51	4,17
Teste *t* independente	,343	
gl	48	
p	.733	

A maioria dos participantes qualificou seu orgasmo como alto antes da lesão, enquanto após o incidente traumático somente $^{1}/_{3}$ o considerou alto, apenas $^{1}/_{5}$ o considerou moderado e 1 em cada 3 o avaliou como baixo ou nulo, sendo essa diferença nos níveis de qualificação do orgasmo entre os períodos avaliada como significativa, como observado na tabela 3.19.

Tabela 3.19. Qualificação da intensidade do orgasmo antes e após a lesão medular

	Antes da lesão		Após a lesão	
	f	(%)	*f*	(%)
Alto	37	(65%)	19	(33,5%)
Moderado	6	(11%)	12	(21%)
Baixo ou nulo	4	(7%)	19	(33,5%)
Não responderam	10	(17%)	7	(12%)
MH	49.000			
p	**.000**			

Obteve-se correlação entre a intensidade do orgasmo antes e após a lesão medular (r=.299*; *p*=.048). Após o incidente traumático, o orgasmo foi considerado mais intenso entre os participantes que realizam masturbação (r=.384*; *p*=.006), penetração (r=.285*; *p*=.045), apresentando preferência por esta prática (r=.293*; *p*=.039). Complementarmente, relacionou-se com o nível de excitação (r=.398**; *p*=.004); capacidade de manter a ereção possibilitando a realização de penetração (r=.500**; *p*<.001); capacidade de ejacular (r=.423**; *p*=.002), apresentando-se mais intenso entre os indivíduos nos quais o orgasmo é acompanhado por ejaculação (r=.456**; *p*=.001). No entanto, não se relacionou com o desejo do participante por sexo (r=186; *p*=.196) ou satisfação com a vida sexual (r=266; *p*=.062).

De acordo com os dados aferidos, grande parte dos lesionados apresenta *ereção peniana espontânea*, a maioria diante de ambos os estímulos, reflexo e psicogênico. Entretanto, cerca de um em cada 6 participantes não tem ereção ou não sabe se é capaz de obtê-la. Em torno de ¾ dos entrevistados afirmaram que a *ereção* obtida *possibilita a prática de intercurso sexual* com uma parceira – aproximadamente a totalidade dos participantes que afirmam ter algum tipo de ereção (43 de 46) –, sendo que o *tempo de sustentação da ereção* foi considerado suficiente ou mais que o necessário para a atividade sexual pela maioria dos indivíduos – por cerca de 75% dos que afirmam ter algum tipo de ereção (34 de 46) –, e um número superior a ¼ utilize *recursos para obtê-la e/ou mantê-la*.

Mais de 50% dos participantes relatou ser capaz de obter ejaculação, apesar de considerá-la diferente quando comparada ao período pré-traumático. No entanto, 40% não conseguem ejacular ou não souberam informar se são capazes de fazê-lo. Aproximadamente metade dos lesionados atinge o orgasmo e, entre os que o atingem, mais de 70% relatam que vem acompanhado por ejaculação. Entretanto, ao considerar todo o universo pesquisado, somente cerca de um em cada três indivíduos obtém orgasmo acompanhado por ejaculação, como verificado na tabela 3.20.

Tabela 3.20. Diferenças entre os níveis de lesão em referência à função sexual pós-incidente traumático

Função sexual após a lesão	**Tetraplegia**		**Paraplegia**		**Total**	
	f	**%**	***f***	**%**	***f***	**%**
Ereção peniana espontânea	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Com estímulo manual e mental Apenas	6	46,1	22	53,7	29	50,9
com estímulo manual	4	30,8	9	22	13	22,8
Apenas com estímulo mental	1	7,7	2	4,9	4	7
Não sei	0	0	1	2,4	1	1,8
Não tenho ereção	1	7,7	6	14,6	8*	14
Não responderam	1	7,7	1	2,4	2	3,5
Rigidez da ereção	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Possibilita o intercurso sexual	9	69,2	32	78	43*	75,4
Tempo de ereção	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Insuficiente para atividade sexual	6	46,1	12	29,3	19	33,3
O necessário para atividade sexual	5	38,5	21	51,2	27	47,4
Mais que o necessário	1	7,7	5	12,2	7*	12,3
Não responderam	1	7,7	3	7,3	4	7
Agentes facilitadores	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Utiliza algo para ter/manter ereção	2	15,4	13	31,7	15	26,3
Ejaculação	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Sim, como antes da lesão	1	7,7	3	7,3	4	7
Sim, diferente de antes da lesão	7	53,8	20	48,8	27	47,4
Sim**	0	0	0	0	2*	3,5
Não	2	15,4	17	41,5	20*	35
Não sabe	2	15,4	1	2,4	3	5,3
Não responderam	1	7,7	0	0	1	1,8
Orgasmo	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Sim	6	46,1	20	48,8	28*	49,1
Não	2	15,4	14	34,1	16	28,1
Não sabe	5	38,5	7	17,1	13*	22,8
Orgasmo com ejaculação* **	**6**	**100**	**20**	**100**	**28**	**100**
Sim	3	50	15	75	20*	71,4
Não	1	16,7	3	15	4	14,3
Não sei	2	33,3	2	10	4	14,3

* Estes resultados retratam tanto os participantes que especificaram, bem como os que não especificaram o nível de sua lesão.
** Pessoas que não tinham vida sexual ativa antes da lesão e, portanto, não possuem parâmetro de comparação.
*** Somente os participantes que têm orgasmo após a lesão.

Ao observar as correlações com a variável *obtenção de ereção espontânea*, verificou-se que entre os entrevistados que tendem a ser capazes de obter ereção espontânea, destacam-se aqueles que se consideram liberais em termos de sexualidade (r=.328*; *p*=.014); tinham vida sexual ativa antes da lesão medular (r=.295*; *p*=.030) e encontram-se ativos sexualmente (r=.418**; *p*=.001); entre os que têm maiores freqüência sexual (r=.296*; *p*=.033) e número de parceiros (r=.352**; *p*=.009) após o incidente traumático; entre aqueles com nível elevado

de excitação pós-trauma (r=.373**; *p*=.005); os quais obtêm ereção que possibilita a penetração (r=.418**; *p*=.001), mantendo-se por tempo suficiente ou mais que suficiente (r=.344*; *p*=.013); cuja parceira gosta de penetração (r=.428**; *p*=.001), embora não seja uma de suas atividades sexuais preferidas (r=.220; *p*=.107); que conseguem atingir o orgasmo (r=.398**; *p*=.003) e são capazes de ejacular (r=.352**; *p*=.008); finalmente, tendem a sentir prazer na região peniana (r=.299*; *p*=.027). No entanto, não foi verificada correlação entre obtenção de ereção espontânea e nível de satisfação sexual (r=163; *p*=.235), bem como nível de lesão medular (r=.051; *p*=.719).

Especificamente entre os indivíduos que tendem a obter *ereção que possibilita a prática do intercurso sexual*, apurou-se uma maioria mais jovem (r=-.313*; *p*=.021), que também tiveram a lesão medular mais jovem (r=-.289*; *p*=.036) e a obtém de forma espontânea (r=.418**; *p*=.001), uma vez que não foi encontrada relação com utilização de algo para obter e/ou manter a ereção (r=-.049; *p*=.717), cujo tempo de duração é suficiente ou mais que suficiente para o intercurso sexual (r=.457**; *p*=.001); apresentam maiores índices de excitação sexual (r=.422**; *p*=.001), percebendo o orgasmo com maior intensidade (r=.500**; *p*<.001) e vindo acompanhado por ejaculação (r=.349**; *p*=.008). Contudo, esse fator não relacionou com o interesse sexual do participante (r=-.040; *p*=.771) ou nível da lesão medular (r=-.030; *p*=.828).

As correlações estabelecidas sugerem que o *tempo de duração da ereção* tende a ser maior entre os paradesportistas (r=.271*; *p*=.049), entre os que tiveram a lesão mais jovens (r=-.386**; *p*=.006), que têm maior freqüência sexual (r=.327*; *p*=.021) e excitação elevada (r=.376**; *p*=.006), sendo maior entre os que têm interesse em receber aconselhamento sexual (r=.285*; *p*=.040).

Já entre os que *utilizam algo para obter ou manter a função erétil*, os dados apontam para a tendência a um menor nível de instrução (r=-.265*; *p*=.048), iniciação sexual mais jovem (r=-.294*; *p*=.038); encontram-se casados ou vivendo em união estável (r=.267*; *p*=.047), realizam penetração (r=.283*; *p*=.035) e encontravam-se insatisfeitos sexualmente no período anterior à lesão medular (r=-.280*; *p*=.047), não resultando necessariamente em satisfação sexual pós-trauma (r=-.088; *p*=.522).

A capacidade em *obter ejaculação* correlacionou significativamente com atividade sexual atual (r=.287*; *p*=.032), realização de penetração (r=.378**; *p*=.044), preferência pelo participante (r=.410**; *p*=.002) e pelo parceiro (r=.431**; *p*=.001) por esta prática, ereção espontânea (r=.352**; *p*=.008), capacidade de atingir o orgasmo (r=.737**; *p*<.001),

intensidade do orgasmo atingido (r=.423**; *p*=.002), orgasmo acompanhado por ejaculação (r=.780**; *p*<.001), e ter recebido aconselhamento sexual após o incidente (r=.287*; *p*=.035).

Por fim, tendem a ter *orgasmo acompanhado por ejaculação* os participantes que gostam de penetração (r=.305*; *p*=.022), cujos parceiros também gostam (r=.431**; *p*=.001), que têm ereção suficiente para penetração (r=.349**; *p*=.008), percebendo mais intensamente a sensação de orgasmo (r=.456**; *p*=.001). Não se relacionou, entretanto, com a prática de intercurso sexual (r=.228; *p*=.091) ou satisfação com a vida sexual (r=.161; *p*=.242).

3.6.4. Prazer sexual

Questionados quanto ao *prazer sexual* proporcionado por diferentes zonas erógenas corporais, obtiveram-se diferenças relevantes em relação à percepção de prazer proporcionada pela boca e pescoço, os quais apresentaram aumento significativo, e pelo pênis, coxa e perna, os quais, por sua vez, tiveram diminuição significativa no número de participantes que os listaram. Em comparação ao período pré-lesão, um número maior de participantes relatou sentir prazer proporcionado pela orelha, peito, barriga, ânus e pés, enquanto um número menor relatou prazer proporcionado pelos testículos, nádegas e outras regiões não especificadas, embora não sejam resultados estatisticamente expressivos.

Os resultados referentes à comparação estatística entre os períodos estudados podem ser visualizados por meio da tabela 3.21, bem como os dados descritivos relacionados ao total de indivíduos pesquisados pré e pós-trauma, e conforme a classificação do nível de lesão medular, também dispostos de acordo com os períodos pré e pós-incidente traumático.

Tabela 3.21. Dados descritivos e comparativos relacionados à percepção de prazer sexual nas zonas erógenas corpóreas dos participantes em geral e segundo o nível de lesão medular

Prazer sexual	**Tetraplégicos**		**Paraplégicos**		**Total**			
	Antes (n=13)	Após (n=13)	Antes (n=41)	Após (n=41)	Antes (n=57)	Após (n=57)	***MH***	***p***
Boca	10 (77%)	12 (92%)	20 (49%)	30 (73%)	30 (53%)	42 (74%)	10,000	**.004**
Pescoço	8 (62%)	11 (85%)	28 (68%)	35 (85%)	36 (63%)	47 (83%)	9,000	**.020**
Orelha	3 (23%)	4 (31%)	13 (32%)	16 (39%)	16 (28%)	21 (37%)	3,000	.180
Peito	6 (46%)	5 (39%)	18 (44%)	24 (59%)	24 (42%)	31 (54%)	3,000	.439
Barriga	3 (23%)	4 (31%)	5 (12%)	7 (17%)	8 (14%)	12 (21%)	2,000	.527
Pênis	10 (77%)	6 (46%)	29 (71%)	16 (39%)	39 (68%)	24 (42%)	-18,000	**.000**
Testículos	4 (31%)	0 (0%)	13 (32%)	1 (2%)	17 (30%)	15 (26%)	-5.000	.132
Nádegas	1 (8%)	1 (8%)	3 (7%)	1 (2,5%)	4 (7%)	2 (3,5%)	-3,000	.083
Ânus	1 (8%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (2%)	2 (3,5%)	,000	1.000
Coxa	2 (15%)	0 (0%)	9 (22%)	3 (7%)	11 (19%)	4 (7%)	-9,000	**.007**
Perna	2 (15%)	0 (0%)	3 (7%)	2 (5%)	6 (11%)	4 (7%)	-5,000	**.025**
Pés	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)	3 (5%)	1,000	.317
Outras	0 (0%)	0 (0%)	4 (10%)	3 (7%)	4 (7%)	3 (5%)	-1,000	.317

Avaliando as regiões que proporcionam prazer, as mais relatadas pelos participantes foram o pênis, pescoço, boca e peito, tanto antes como após a lesão medular. Entretanto, enquanto o pênis é a zona erógena mais citada pelos indivíduos antes do trauma, no período posterior é somente a quarta região corporal mais citada como fonte de prazer. Destaca-se, contudo, que uma porcentagem expressiva de lesionados relatou sentir prazer sexual proporcionado pelo pênis após a lesão.

A percepção de *prazer proporcionado pelo pênis* apresentou relação com atividade sexual pós-lesão (r=.305*; *p*=.022); utilização de vibrador para estimulação da parceira (r=.275*; *p*=.040); preferência pelo participante por masturbação (r=.415**; *p*=.001); nível de excitação pós-trauma (r=.320*; *p*=.016); capacidade em obter ereção espontânea (r=.299*; *p*=.027), embora não tenha se relacionado com o nível de desejo (r=.136; *p*=.318) e satisfação sexual do participante no período posterior à lesão medular (r=.224; *p*=.097).

3.6.5. Satisfação sexual

Após a lesão medular, os participantes relataram estar significativamente menos satisfeitos com a vida sexual. Esse resultado independe do nível e do tempo de lesão medular, ou seja, tanto os participantes com tetraplegia quanto paraplegia relataram alteração na percepção da satisfação sexual entre os períodos pré e pós-trauma, ocorrendo o mesmo em relação aos entrevistados com pouco e muito tempo de lesão medular, como verificado na tabela 3.22.

Tabela 3.22. Diferenças referentes à satisfação sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular e controlando-se as variáveis nível e tempo de lesão.

Período	**Antes da lesão**		**Após a lesão**	
n	52		56	
X	8,57		6,31	
Dp	2,25		2,97	
Teste *t* pareado	4,454			
gl	50			
p	**.000**			
Nível de lesão	***Paraplégicos***		***Tetraplégicos***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	39	40	12	13
X	8,50	6,39	8,67	6,08
Dp	2,09	2,91	2,84	3,40
Teste *t* pareado	3,504		2,500	
gl	37		11	
p	**.001**		**.029**	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão (≤3)***		***Muito tempo de lesão (>3)***	
Período	Antes da lesão	Após a lesão	Antes da lesão	Após a lesão
n	13		37	
X	8,85	4,38	8,43	6,89
Dp	2,30	3,10	2,27	2,64
Teste *t* pareado	3,834		2,983	
gl	12		36	
p	**.002**		**.005**	

Ao avaliar o nível de satisfação sexual após a lesão medular, observou-se que é significativamente maior a insatisfação entre os participantes com pouco tempo de trauma e entre os que não se encontram ativos sexualmente. Verificou-se, no entanto, que o nível de satisfação sexual expresso pelos indivíduos com muito tempo de lesão, adultos jovens e solteiros é mais elevado que a média geral pós-trauma, embora ainda seja inferior à média do período anterior ao incidente, como podem ser visualizados por meio da tabela 3.23.

Tabela 3.23. Nível de satisfação sexual após a lesão medular conforme variáveis da pesquisa

Nível de lesão	***Paraplégico***	***Tetraplégico***
n	40	13
X	6,48	6,23
Dp	2,89	3,30
Teste *t* independente	,170	
gl	51	
p	.799	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão***	***Muito tempo de lesão***
n	13	41
X	4,38	7,05
Dp	3,10	2,61
Teste *t* independente	3,068	
gl	52	
p	**.003**	
Idade	***Adulto jovem***	***Adulto maduro***
n	30	24
X	7,10	5,96
Dp	2,88	2,71
Teste *t* independente	-1,485	
gl	52	
p	.144	
Estado civil	***Solteiro***	**Casado**
n	34	22
X	6,82	6,00
Dp	2,80	3,12
Teste *t* independente	1,028	
gl	54	
p	.309	
Aconselhamento sexual	***Recebeu***	***Não recebeu***
n	26	29
X	6,58	6,52
Dp	2,80	3,10
Teste *t* independente	-,075	
gl	53	
p	.941	
Atividade sexual	***Ativo***	***Não-ativo***
n	43	13
X	7,07	4,62
Dp	2,46	3,62
Teste *t* independente	-2,808	
gl	54	
p	**.007**	

Tabela 3.23. Continuação

Prática esportiva regular	***Pratica***	***Não pratica***
n	39	17
X	6,44	6,65
Dp	2,83	3,24
Teste *t* independente	,246	
gl	54	
p	.807	

Referente à qualificação do nível de satisfação sexual, averiguou-se que a grande maioria relatou estar muito satisfeita antes do incidente traumático, contudo menos da metade dos participantes reportou o mesmo após o trauma, enquanto aproximadamente 1 em cada 4 relatou estar insatisfeito, resultando, portanto, em diminuição significativa quanto ao nível de satisfação sexual, como observado na tabela 3.24.

Tabela 3.24. Qualificação do nível de satisfação sexual antes e após a lesão medular

	Antes da lesão		Após a lesão	
	f	(%)	*f*	(%)
Muito satisfeito	43	(75%)	24	(42%)
Satisfeito	6	(11%)	19	(33%)
Insatisfeito	3	(5%)	13	(23%)
Não responderam	5	(9%)	1	(2%)
MH	58.000			
p	**.000**			

O nível de satisfação sexual dos participantes após a lesão medular relacionou-se com o grau de escolaridade (r=.349**; *p*=.008); excitação sexual antes (r=.298**; *p*=.034) e após o incidente traumático (r=.643**; *p*<.001), compartilhando 36% da variância; número de parceiros sexuais após o incidente (r=.311*; *p*=.021); desejo sexual pós-trauma (r=.331*; *p*=.013); capacidade de manter a ereção de modo a possibilitar a realização de penetração (r=.469**; *p*<.001); e capacidade de obter orgasmo após a lesão medular (r=.387**; *p*=.004). Complementarmente, estão mais satisfeitos sexualmente os participantes que gostam de receber toques íntimos (r=.299*; *p*=.025), masturbação (r=.390**; *p*=.003) e nos quais o peito proporciona prazer (r=.353**; *p*=.008), encontrando-se mais insatisfeitos os que não dissociam o sexo da penetração (r=.332*; *p*=.017). A satisfação sexual não se correlacionou

com o nível da lesão (r=-.036; *p*=.799), freqüência sexual pós-lesão (r=.228; *p*=.100), prazer proporcionado pelo pênis (r=.224; *p*=.097) ou satisfação sexual antes da lesão medular (r=.060; *p*=.678).

A análise de regressão múltipla indicou que o principal preditor da satisfação sexual pós-incidente traumático foi o nível de excitação sexual pós-lesão, sendo que a possibilidade de prática sexual sem penetração contribuiu como forte preditor. Sua análise está relatada na tabela 3.25.

Tabela 3.25. Fatores que predizem a satisfação sexual após a lesão medular

Variável dependente	Variáveis independentes	β	*t*	*p*
Satisfação sexual	Nível de excitação após a lesão medular	0.59	5,386	.000
	É possível sexo sem penetração	0.22	2,050	.046
R^2 = .45				
R^2 ajustado = .42				

Finalizada a apresentação dos dados obtidos referentes ao comportamento, à orientação, à função e resposta, ao prazer e à satisfação sexuais de homens com lesão medular, o tópico a seguir apresenta a respectiva discussão.

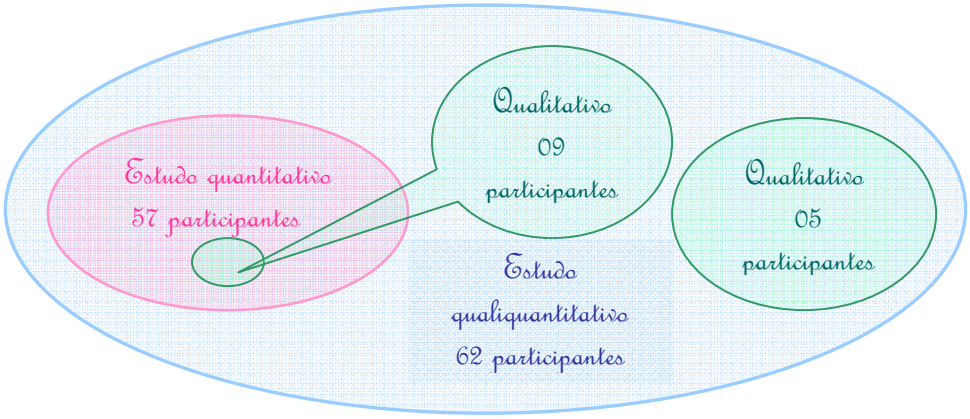
3.7. DISCUSSÃO

Esta pesquisa de natureza quali-quantitativa[1] compôs-se por 62 homens com lesão medular. Enquanto 57 *participantes* integraram a investigação quantitativa, 16% deles integrou a qualitativa. Contudo, o número total dos participantes que compuseram a etapa qualitativa foi superior ao mencionado, totalizando 14 entrevistados, uma vez que cinco pessoas que a integraram-na não devolveram o questionário referente à investigação quantitativa, portanto, não contabilizados na mesma. Em outras palavras, ao considerar a

[1] Serão apresentados os dados obtidos pela investigação quantitativa, a qual será discutida com base na literatura e nos depoimentos dos participantes que compuseram a investigação qualitativa.

totalidade dos envolvidos, 92% participaram da investigação quantitativa e 23% da qualitativa.

Figura 3.6. Distribuição dos participantes por estudo



O número de participantes do estudo quantitativo atual se assemelha ao *n* obtido pelos estudos de Phelps *et al.* (2001), Kreuter *et al.* (1996) e Salimene (1995). No entanto, foi superior ao *n* obtido por Ishibashi *et al.* (2005), Alves *et al.* (1999), Cheausuwantavee (2002), Fisher et al. (2002), McCabe (1999) e Alexander *et al.* (1993), e inferior ao obtido por Kedde e Berlo (2006), Ide e Fugl-Meyer (2001), Cardoso (2003), McCabe e Taleporos (2003), Valtonen *et al.* (2006) e Bors e Comarr (1960), como observado na tabela 3.26.

Tabela 3.26. Pesquisas quantitativas conforme país de origem e número de participantes

Estudos[1]	**Origem**	**N**
Ishibashi *et al.* (2005)	**Brasil**	18
Alves *et al.* (1999)	**Brasil**	20
Cheausuwantavee (2002)[2]	**Tailândia**	25
Fisher *et al.* (2002)	**EUA**	32
McCabe (1999)[3]	**Austrália**	33
Alexander *et al.* (1993)	**EUA**	38
Phelps *et al.* (2001)	**EUA**	50
Savall (2008)	**Brasil**	**57**
Kreuter *et al.* (1996)	**Suécia**	64
Salimene (1995)[4]	**Brasil**	67
Kedde e Berlo (2006)[3]	**Holanda**	95
Ide e Fugl-Meyer (2001)	**Suécia/Japão**	40/85
Cardoso (2003)	**Portugal**	150
McCabe e Taleporos (2003)[5]	**Austrália**	172
Valtonen *et al.* (2006)	**Suécia**	190
Bors e Comarr (1960)	**EUA**	529

[1] Os estudos citados foram realizados apenas com homens ou, no caso de Salimene (1995), McCabe (1999), McCabe e Taleporos (2003) e Valtonen (2006), com ambos os sexos, não sendo incorporados estudos referentes unicamente à população feminina.

[2] O número de participantes refere-se a pessoas com deficiência física, poliomielite e lesão medular, não sendo especificados os números de participantes por patologia.

[3] O número de participantes refere-se a homens com deficiência física, não sendo especificadas as patologias.

[4] Apenas o número de participantes do sexo masculino, totalizando 82 participantes. Os dados foram analisados conjuntamente, não controlando o sexo.

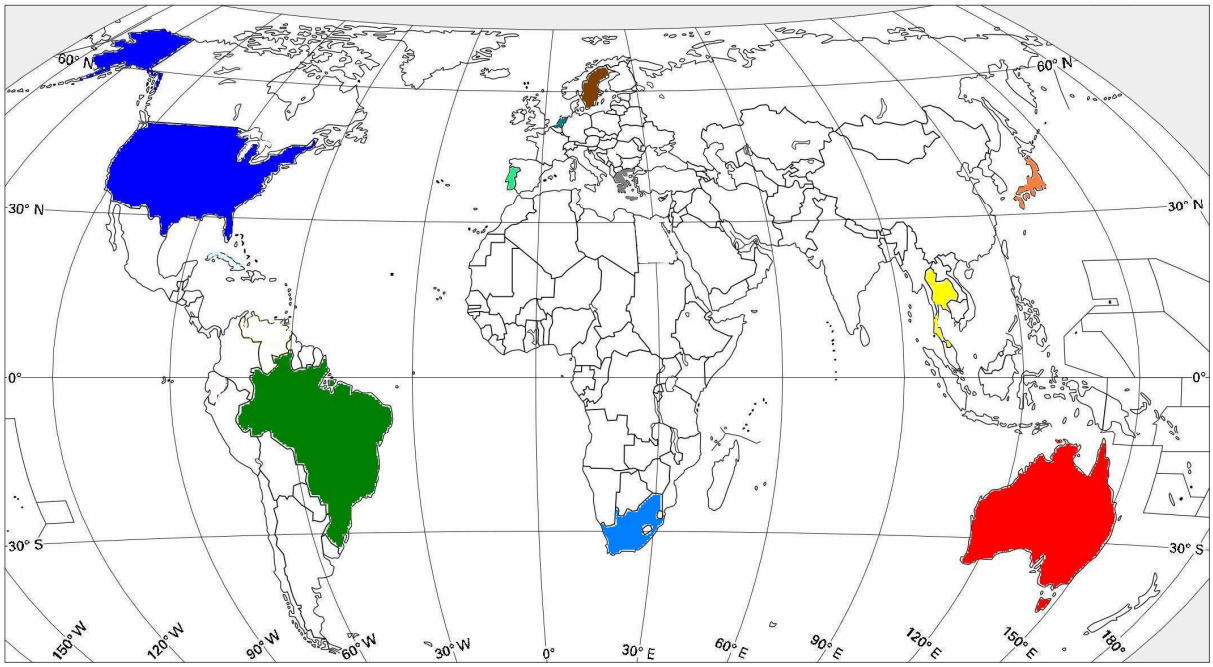
[5] Os autores não informaram o número de participantes por sexo.

Por sua vez, o estudo qualitativo obteve número de participantes superior ao pesquisado por Guldin (2000), cujo estudo foi composto por homens e mulheres, por Potgieter e Khan (2005), realizado com adolescentes lesionados de ambos os sexos, por Salimene (1995) que, em sua investigação qualitativa entrevistou casais, dos quais os homens foram acometidos por lesão medular, e por Sakellariou (2006), como verificado na tabela 3.27.

Tabela 3.27. Pesquisas qualitativas conforme país de origem e número de participantes

Estudo	Origem	Sexo masculino	Sexo feminino
Guldin (2000)	**EUA**	5	
Potgieter e Khan (2005)	**África do Sul**	4	3
Savall (2008)	**Brasil**	**5**	-
Salimene (1995)	**Brasil**	5	-
Sakellariou (2006)	**Grécia**	6	-

Figura 3.7. Planisfério demonstrando os países de origem das pesquisas



A discussão dos dados como o anteriormente realizado e dos obtidos pela caracterização sociodemográfica, histórico de saúde e hábitos de vida faz-se importante para situar o estudo entre os demais, com os quais os resultados obtidos pela atual pesquisa serão comparados, bem como devido a algumas destas variáveis serem passíveis de influenciar os resultados sendo, portanto, controladas pelos estudos.

Os participantes deste estudo são jovens, apresentaram em média 33 anos de *idade*, sendo que metade dos participantes concentra-se na faixa etária de 18 a 30 anos, independente do nível da lesão medular. Apresentaram idade (média e faixa etária) semelhante a dos participantes atendidos em 1990 pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (SALIMENE, 1995), em 2000 pela AACD

(CASALIS, 2003) e dos que integraram o programa de reabilitação do lesado medular na Rede Sarah (2007).

Ainda se equiparam aos pesquisados por Kreuter *et al.* (1996), Cheausuwantavee (2002) e Ishibashi *et al.* (2005), entretanto são mais velhos que os participantes do estudo de Alexander *et al.* (1993) e mais novos que os do estudo de Fisher *et al.* (2002), McCabe e Taleporos (2003), Valtonen *et al.* (2006), Ige e Fugl-Meyer (2001) e Phelps *et al.* (2001). Os resultados anteriormente mencionados encontram-se na tabela 3.28.

Tabela 3.28. Pesquisas conforme idade, sua variação e principal faixa-etária

Estudo		**Idade (X)**	**Variação**	**Faixa-etária**
Alexander *et al.* (1993)		26	18-70	-
Casalis (2003)		30	-	-
Cheausuwantavee (2002)		32	-	-
Savall (2008)		**33**	**18-61**	**18-30**
Kreuter *et al.* (1996)		33	19-76	-
Ishibashi *et al.* (2005)		35	20-62	-
Fisher *et al.* (2002)		37	-	-
McCabe e Taleporos (2003)		38	18-69	-
Valtonen *et al.* (2006)		47	22-74	
Ige e Fugl-Meyer (2001)	Japão	48	27-82	-
	Suécia	49	21-75	-
Phelps *et al.* (2001)		50	20-83	-
Alves *et al.* (1999)		-	18-50	-
Rede Sarah (2008)		-	-	10-29
Salimene (1995)		-	<18 a >51	19-35

Por outro lado, os participantes do estudo qualitativo são adultos maduros, diferente dos participantes do estudo de Salimene (1995) e Guldin (2000), bem como de Potgieter e Khan (2005), que pesquisaram adolescentes. Embora a idade ou faixa etária não tenham sido previamente estipuladas, e considerando que a participação na investigação qualitativa foi permitida a todos os interessados, priorizou-se adultos maduros e/ou com tempo considerável de lesão medular.

Tabela 3.29. Pesquisas qualitativas conforme idade, sua variação e principal faixa-etária

Estudo	**Idade (X)**	**Variação**
Potgieter e Khan (2005)	-	15 – 20
Guldin (2000)	-	25 – 40
Salimene (1995)	31	22 – 39
Savall (2008)	**42**	**18 - 61**

Aproximadamente metade dos participantes deste estudo são solteiros, sendo este o *estado civil* da maioria dos tetraplégicos, enquanto os paraplégicos apresentam igualmente número de solteiros e casados e, desta forma, ao observar o universo pesquisado, verifica-se um número considerável de participantes casados ou vivendo em união estável. Embora a proporção entre solteiros e casados possa diferir da população brasileira em geral, o censo demográfico de 2000 revelou que mais de $^{1}/_{3}$ são solteiros, se constituindo em uma das parcelas da população que mais cresce no Brasil, em conseqüência a um fenômeno não somente demográfico “mas também cultural e social, com repercussão marcante no estilo de vida nos grandes centros urbanos”. Por sua vez, praticamente metade da população brasileira encontra-se casada, sendo que a Região Sul concentra a maior percentagem (54,6%), embora um número crescente de casais esteja optando pela união consensual (informal) à convencional (IBGE, 2008; COSTAS, 2005).

Estes resultados são semelhantes aos encontrados na pesquisa quantitativa de Salimene (1995, p.58), diferindo-se, contudo, dos participantes de seu estudo qualitativo, uma vez que a pesquisadora optou “por um sujeito de pesquisa que fosse casado ou que vivesse com companheira fixa [...]”.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Fisher *et al.* (2002), Ishibashi *et al.* (2005), Cheausuwnatavee (2002) e Alves *et al.* (1999). Por sua vez, se distingue dos resultados encontrados por McCabe e Taleporos (2003), Alexander *et al.* (1993) e, principalmente, Kreuter *et al.* (1996) e Phelps *et al.* (2001), uma vez que estes pesquisadores priorizaram a participação de pessoas casadas ou com relacionamento estável, este último equivalente à percentagem dos solteiros. Estes resultados são encontrados na tabela 3.30.

Tabela 3.30. Resumo dos estudos conforme estado civil

Estudo	**Solteiros**	**Casados**
Phelps *et al.* (2001)	22%	78%
Kreuter *et al.* (1996)	24%	76%
IBGE (2008)	38,5%	49,5%
Ishibashi *et al.* (2005)	45%	39%
Fisher *et al.* (2002)	47%	35%
Salimene (1995)	48%	41%
Savall (2008)	**49%**	**40%**
Cheausuwnatavee (2002)	50%	48%
Alves *et al.* (1999)	55%	40%
McCabe e Taleporos (2003)	66%	27%
Alexander *et al.* (1993)	71%	29%

Entre os participantes da pesquisa qualitativa, aproximadamente metade são casados ou vivem em união estável e mais de $^{1}/_{3}$ são solteiros, dos quais aproximadamente metade estava namorando, equivalente à população brasileira (IBGE, 2008).

A maioria dos participantes cursou o ensino médio, ou seja, possui entre 9 e 11 anos de estudo, indicando um bom nível de *escolaridade* frente à realidade educacional brasileira, obtendo índices mais elevados do que os demonstrados por Salimene (1995) e Kreuter *et al.* (1996) e próximos aos dos participantes de países desenvolvidos, tais como McCabe e Taleporos (2003), Potgieter e Khan (2005), apesar de serem adolescentes com até 20 anos, e Cheausuwantavee (2002), embora apresentem nível de instrução inferior em comparação aos participantes do estudo de Fisher *et al.* (2002) e Phelps *et al.* (2001). Estes resultados podem ser melhor visualizados por meio da tabela 3.31.

Tabela 3.31. Pesquisas de acordo com o grau de escolaridade e anos de estudo

Estudo	**Escolaridade**	**Anos de estudo**
Salimene (1995)	Fundamental	1 – 8
Kreuter *et al.* (1996)	Compulsory	1 – 9
McCabe e Taleporos (2003)	Secondary school	-
Savall (2008)	**Médio**	**9 – 11**
Potgieter e Khan (2005)	Grade 9 – grade 12	9 – 12
Cheausuwantavee (2002)	Grade 12	12
Fisher *et al.* (2002)	High school/college	>12
Phelps *et al.* (2001)	-	12 - 22

A maioria dos participantes deste estudo possui entre 1 e 2 dos 4 *itens de consumo* listados. Ao considerar o nível de escolaridade e o número de itens de consumo como indicadores socioeconômicos (r=.340**; *p*=.010), verifica-se que os participantes da atual pesquisa possuem boas condições sociais, ao contrário dos participantes do estudo de Salimene (1995, n.81), os quais encontravam-se "medianamente acima da linha de pobreza [...], detentores de um nível de rendimento que lhes permite garantias mínimas de subsistência e consumo".

A maioria dos participantes deste estudo tem como *fonte de renda* benefícios previdenciários ou são mantidos pela família, não sendo todos completamente dependentes dos mesmos, uma vez que alguns trabalham como autônomos, devido ao valor do benefício, o qual corresponde a 80% da média dos salários de contribuição dos últimos 24 meses (em média R$ 495,44 na região urbana ou US$ 310.00). Contudo é um índice elevado de dependentes, ao ponderar que há predomínio de indivíduos em idade economicamente ativa, "permanecendo às margens do processo econômico e produtivo da sociedade" (Salimene, 1995, n.71). Este elevado índice deve-se ao benefício concedido aos deficientes físicos decorrente da concepção de deficiência como parte do processo de doença, conforme a Classificação Internacional de Doença (CID-10), sinônimo de invalidez.

No entanto, foi criada e está sendo implantada no Brasil a CIF, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a qual classifica os componentes da saúde, avaliando principalmente o nível funcional dos indivíduos, o que resultará possivelmente em um menor número de beneficiários, somente aposentados quando comprovadamente incapazes de integrar o mercado de trabalho. Entretanto, este novo sistema

dependerá da modificação em torno da concepção socioeconômica relacionada à pessoa deficiente e conseqüente condições de inserção das mesmas no mercado de trabalho (CIF, 2003).

Todos os participantes economicamente ativos desenvolvem atividades relacionadas ao setor terciário, ou seja, comércio e prestação de serviço, o setor que melhor se adequou, disponibilizando maior número de vagas para pessoas com deficiência.

Os resultados deste estudo corroboram com os obtidos pelo estudo brasileiro de Salimene (1995) e americanos de Phelps *et al.* (2001), com o diferencial de haver participantes que se declararam desempregados, e The National SCI Statistic Center (EUA, 2006), base de dados federal composta por 14 modelos regionais de sistemas de assistência para lesão medular, embora este último afirme que cerca de 65% das pessoas acometidas pela lesão estavam empregadas na ocasião do trauma.

Contudo se diferenciam dos achados de Kreuter *et al.* (1996), que reflete a população sueca, e Fisher *et al.* (2002), que emerge uma outra realidade americana, nos quais a maioria dos participantes encontra-se economicamente ativa e onde somente uma minoria recebe benefícios previdenciários, sendo em alguns casos proveniente do tempo de serviço. Os resultados anteriormente mencionados podem ser verificados na Tabela 3.32.

Tabela 3.32. População economicamente ativa e dependente de benefícios conforme estudos

Estudos	Benefícios	Família	Economicamente ativos	
			Empregados	Desempregados
Salimene (1995)	59%	-	12%	-
Savall (2008)	**59%**	**5%**	**26%**	**-**
Phelps (2001)	43%	-	27%	12%
NSCISC (2006)	-	-	28%	-
Kreuter *et al.* (1996)	20%	-	60%	20%
Fisher *et al.* (2002)	5%	-	67%	17%

Entre os participantes do estudo atual predominou a *etnia* branca, tal como observado nos estudos de Alexander *et al.* (1993), Salimene (1995), Phelps *et al.* (2001), Fisher *et al.* (2002) e The National SCI Statistic Center (EUA, 2006), cujos resultados oscilaram entre 60% e 83% dos participantes. Corresponde à população brasileira, na qual cerca de 54% declarou-se como branca (IBGE, 2008).

Embora os participantes do atual estudo não tenham sido indagados quanto à religião propriamente dita, foram questionados quanto à percepção sobre a influência exercida por esta sobre seus comportamentos. A maioria dos participantes declarou-se liberal em termos de *religiosidade*. Esta é uma importante questão, uma vez que a religião configura-se como forte determinante do comportamento sexual humano. Para o catolicismo, por exemplo, religião oficial e ainda predominante no Brasil – apesar do avanço das religiões pentecostais –, como para as demais religiões que descendem da tradição judaico-cristã, a reprodução é a finalidade do ato sexual, e essa concepção exerce níveis distintos de influência nas pessoas.

Ao analisar o *histórico de saúde* e *hábitos de vida*, observou-se que entre os participantes deste estudo, a lesão medular afetou principalmente os segmentos torácicos resultando como seqüela a paraplegia, em uma proporção de aproximadamente 3:1, ou seja, houve cerca de três participantes com *paraplegia* para cada participante com *tetraplegia* pesquisado. Resultado semelhante foi encontrado no estudo qualitativo, o qual contou com a participação de três pessoas com tetraplegia e onze com paraplegia. Os resultados se aproximam dos obtidos por Ishibashi *et al.* (2005), Phelps *et al.* (2001) e pelos divulgados pela Rede Sarah (2007), com proporção próxima a 2 paraplégicos para cada tetraplégico.

No entanto, diferem-se dos obtidos pelos demais estudos. Em alguns casos por apresentarem (des)proporções maiores, como pode-se citar a pesquisa de Alves *et al.* (1999), com 5:1 e as investigações de Salimene (1995) quantitativa (8:1) e qualitativa, na qual todos os participantes apresentavam-se com seqüela de paraplegia.

Em outros casos, entretanto, diferenciou-se devido à equiparação entre o número de pessoas com paraplegia e tetraplegia, como nas pesquisas de Potgieter e Khan (2005), Fisher *et al.* (2002), Ide e Fugl-Meyer (2001), Valtonen *et al.* (2006), Kreuter *et al.* (1996) e Alexander *et al.* (1993), os quais confirmam a afirmação de Schneider (1994) de que é aproximadamente idêntica a relação entre lesões de nível alto, representado pela tetraplegia, e nível baixo, representado pela paraplegia, e corroboram com a distribuição equiparada entre tetraplégicos e paraplégicos obtida pela base de dados do The National SCI Statistical Center (NSCISC, EUA, 2006), o qual apresenta desde 2000 freqüências maiores de lesão medular resultante em tetraplegia. Ressalta-se, contudo, que tanto Schneider (1994) quanto o NSCICS (2006) retratam a população norte-americana.

A Tabela 3.33 apresenta a porcentagem de participantes dos estudos mencionados conforme os níveis de lesão medular.

Tabela 3.33. Percentuais dos níveis de lesão medular apresentados nas pesquisas

Estudos	**Tetraplégicos**	**Paraplégicos**
Salimene (1995)	11%	89%
Alves *et al.* (1999)*	15%	70%
Savall (2008)*	**23%**	**72%**
Ishibashi *et al.* (2005)	28%	72%
Phelps *et al.* (2001)	35%	65%
Rede Sarah (2008)	38,4%	61,6%
Fisher *et al.* (2002)*	42,5%	42,5%
Potgieter e Khan (2005)	43%	57%
Ide e Fugl-Meyer (2001)*	44%	32%
Valtonen *et al.* (2006)	46,8%	53,2%
Kreuter *et al.* (1996)	50%	50%
NSCISC (2000)*	52,4%	41,5%
Alexander *et al.* (1993)	58%	42%

* A percentagem total não soma 100% devido à não totalidade dos participantes informarem o nível da lesão

No Brasil, apesar do Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência – SICORDE ter realizado estudos censitários em 1991 e 2000 sobre indivíduos com deficiência, não há dados epidemiológicos específicos sobre pessoas com lesão medular (SICORDE, 2008). Obtém-se, entretanto, dados de algumas instituições como verifica-se no estudo de Salimene (1995), o qual representou metade do universo de pacientes atendidos na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (DMR/HC/USP) durante o ano de 1991 ou os disponibilizados por instituições, como pela Rede Sarah, que em 1999 realizou uma pesquisa sobre as internações por causas externas e verificou predominância de casos de paraplegia (SARAH, 2008).

A maioria dos participantes apresenta lesão torácica, enquanto estudos como Alexander *et al.* (1995) e Valtonen *et al.* (2006) verificaram predomínio de lesão cervical, e Phelps *et al.* (2001) reportaram número semelhante de participantes apresentando *lesão* em cada um dos quatro *segmentos medulares*.

Verificou-se que a principal *causa* de lesão medular entre os participantes do atual estudo, perfazendo praticamente metade dos casos, foi o acidente de trânsito, seguido por ferimento por arma de fogo, quedas, mergulho, acidente de trabalho, dentre outras causas, sugerindo que a maioria (65%) foi vítima da violência social (SARAH, 2008).

Ao analisar a *etiologia* conforme o nível da lesão deriva que, tanto entre pessoas com lesão resultante em paraplegia como em tetraplegia, a causa primordial foi o acidente de trânsito. No entanto, enquanto entre os participantes com tetraplegia a segunda maior freqüência resultou do mergulho, seguido por ferimento por arma de fogo, entre os participantes com paraplegia, a segunda maior freqüência decorreu do ferimento por arma de fogo, seguido por quedas. Não foram encontrados casos de acidente de trabalho ou ferimento por arma branca resultando em tetraplegia, ou mergulho, em paraplegia.

Considerando os participantes como um todo, os resultados obtidos referentes à etiologia da lesão corroboram com Taricco (2001), Ishibashi *et al.* (2005) e Rede Sarah (2008) e diferem em relação à freqüência dos obtidos por Salimene há mais de 10 anos, mas que, como os anteriores, refere-se à população brasileira. Em seu estudo a pesquisadora verificou que a principal etiologia foi o ferimento por arma de fogo, seguido por acidente automobilístico, igualmente ao obtido por Casalis (2003) sobre a população atendida na clínica de lesão medular da AACD em 2000. Portanto as diferenças encontradas entre os estudos brasileiros não poderiam ser explicadas pela data do estudo ou proporção entre paraplégicos e tetraplégicos.

A Rede Sarah ainda afirma que entre os pacientes que ingressaram na instituição em conseqüência a acidentes de trânsito, mais de 40% resultou em lesão medular, patologia predominante, sendo que $^{3}/_{5}$ deste valor registrado apresentaram seqüela de paraplegia.

Ainda corrobora com Alexander *et al.* (1993), não constando, contudo, o ferimento por arma de fogo entre as principais causas de lesão medular, Fisher *et al.* (2002), Phelps *et al.* (2001) e The National SCI Statistic Center (EUA, 2006), no qual aproximadamente metade dos casos reportados foi oriunda de acidente de trânsito, entretanto, as quedas encontraram-se em segundo lugar, corroborando com os achados de Alexander *et al.* (1993) e por Fisher *et al.* (2002), sendo os atos de violência (principalmente ferimentos por projétil) a terceira principal causa de lesão medular. Esta organização americana ainda afirma que os acidentes com veículos originaram uma percentagem aproximadamente idêntica de tetraplegia e paraplegia, confirmando o encontrado por este estudo, porém afirma que os atos de violência comumente resultaram em tetraplegia, diferente do observado pelo estudo atual.

Apenas um dos estudos internacionais mencionados citou o mergulho como causa de lesão medular. Tanto pode resultar do fato de incluírem o mergulho como atividades esportivas e recreativas, apesar de que Alexander *et al.* (1993) também utiliza esta categoria, mas reserva uma apenas para o mergulho e Taricco (2001) a denomina como quedas, como pode ser devido ao baixo índice de casos. No Brasil, entretanto, esses acidentes são comuns

dada à exuberância hidrográfica e clima tropical, aliados à falta de cuidados ao mergulhar, fazendo-o em locais desconhecidos, em águas turvas, ou mesmo em locais conhecidos, porém sem analisar a profundidade ou as condições do terreno no local de mergulho (Casalis, 2003; Mancusi; Faro, 2006).

A tabela 3.34 apresenta os resultados referentes à etiologia da lesão medular comentados anteriormente.

Tabela 3.34. Pesquisas de acordo com a etiologia da lesão medular

Estudos	Acidente de trânsito	Arma de fogo	Quedas	Mergulho
Ishibashi *et al.* (2005)	50%	33%	-	17%
NSCISC (2006)	47%	14%	24%	-
Savall (2008)	**42%**	**23%**	**12%**	**7%**
Fisher *et al.* (2002)	40%	17%	25%	-
Alexander *et al.* (1993)	37%	-	21%	4%
Rede Sarah (2007)	31%	30%	21%	6,5%
Casalis (2003)	30%	45%	13%	10%
Phelps *et al.* (2001)	28%	18%	14%	-
Salimene (1995)	19%	33%	19%	-

Em vermelho destaca-se a primeira principal causa reportada em cada estudo, em azul a segunda, em verde a terceira e em laranja a quarta.

A lesão medular acometeu predominantemente adultos jovens, entre 18 e 30 anos, os quais apresentaram *idade média de incidência da lesão* de 22 anos. Este resultado corrobora com os resultados obtidos pelos estudos brasileiros de Salimene (1995), Mancussi e Faro (2006), bem como o relatado pela organização americana The National SCI Statistic Center (2006) na década de 70.

Apesar de apresentar-se dentro desta faixa etária, a idade média de incidência da lesão em alguns estudos foi superior, como em Phelps *et al.* (2001), Kreuter *et al.* (1996) e The National SCI Statistic Center (EUA, 2006) na atualidade, sendo que a idade de incidência nos estudos anteriormente mencionados variou entre 14 e 69 anos, enquanto neste estudo acometeu entre 1 e 44 anos de idade. Os resultados referentes à idade de incidência da lesão medular podem ser observados na tabela 3.35

Tabela 3.35. Estudos conforme idade de incidência da lesão medular

Estudos	Idade média	Faixa etária	Variação
Savall (2008)	**22**	**18 - 30**	**1 a 44**
Phelps *et al.* (2001)	25	-	18 a 64
NSCISC (2006)*	29	16 - 30	-
Kreuter *et al.* (1996)	29	-	14 a 69
Salimene (1995)	-	19 - 35	-
Mancussi e Faro (2006)	-	18 - 40	-

* Dados entre 1973 e 1979. Desde 2000 a idade média aumentou para 38 anos.

Consequentemente, o tempo médio de lesão dos participantes deste estudo é de 11 anos, o qual variou entre 1 e 37 anos, sendo que mais da metade deles apresentam até 10 anos de lesão medular. Esta média é superior à encontrada entre os participantes dos estudos de Alexander *et al.* (1993) com cerca de 3 anos de lesão (entre 5 meses e 22 anos), e de Kreuter *et al.* (1996) em torno de 5 anos (entre 1 e 9 anos), e inferior à encontrada por Phelps *et al.* (2001), cujos participantes têm em média 25 anos de lesão medular. Considerando que na maioria dos estudos sobre a sexualidade em pessoas com lesão medular seus participantes são pessoas recém-lesionadas, os resultados obtidos por Phelps *et al.* (2001) demonstraram que o tempo de lesão pode ser um importante fator no ajustamento sexual, podendo influenciar alguns resultados.

A grande maioria dos participantes do atual estudo pratica atividade física esportiva, declarando-se paradesportistas. Provavelmente este índice elevado de praticantes de esportes adaptados se deva ao fato dos mesmos serem selecionado em projetos e competições desportivas, uma vez que propicia o encontro com esta população, valendo considerar que o esporte adaptado, praticado em busca de bem-estar ou com finalidades médica e/ou terapêutica voltadas à saúde, configura-se, segundo WINNICK (2004), em importante agente na promoção, no âmbito individual, da auto-realização e, no âmbito social, da inclusão da pessoa com deficiência física, despertando um olhar diferente da sociedade sobre essas pessoas, embora se almeje que a pessoa deficiente, não somente se inclua na sociedade, mas se (re)integre à mesma como um de seus cidadãos.

Por fim, explorou-se melhor o estado civil dos participantes. Ao considerar a idade média dos mesmos, não surpreende o número de solteiros, principalmente ao observar que o maior número destes participantes concentra-se na faixa etária entre 18 e 30 anos, havendo maior índice de casados ou de participantes com união estável, inclusive comparativamente ao

número de solteiros, concentrados nas demais faixas-etárias. Tampouco surpreende o número de solteiros no momento de incidência da lesão, número um pouco superior ao da base de dados do NSCISC (2006) de metade dos participantes. No entanto, distingue-se, por exemplo, dos dados da população geral americana, que apresenta somente $^{1}/_{4}$ de solteiros, com a maioria entre 18 e 59 anos de idade encontrando-se casados (MICHAEL, 1994).

Entretanto, interessantemente, os resultados do atual estudo contrapõem a afirmação feita por NSCISC (2006) e Esmail *et al.* (2002) de ser reduzida a probabilidade de casarem-se após a lesão, bem como do casamento permanecer intacto após a ocorrência da lesão, em comparação à população em geral. Contudo, corrobora com a afirmação de que, quando se casam após a lesão medular, a probabilidade de permanecerem juntos é um pouco menor em comparação à população em geral.

No tópico seguinte será realizada a discussão referente à sexualidade dos participantes deste estudo.

3.7.1. Comportamento Sexual

No que diz respeito ao *perfil sexual*, a grande maioria dos participantes teve *vida sexual ativa* antes da lesão, em geral com um parceiro sexual e somente uma minoria envolveu-se em atividades sexuais solitárias. Todos tiveram vivência sexual após a lesão medular e, como no período anterior à lesão, em geral realizaram atividades com parceiro enquanto somente um em cada dez praticou-as apenas solitariamente. No momento da pesquisa, entretanto, um em cada quatro participantes referiram não ter qualquer tipo de atividade sexual.

Referente ao período anterior à lesão, este estudo corrobora com Ishibashi *et al.* (2005), os quais observaram ainda que aproximadamente todos os participantes continuaram mantendo relações com suas parceiras após a lesão medular, Phelps *et al.* (2001) e Alexander *et al.* (1993), que averiguaram, no entanto, que um número considerável de seus participantes não se envolveram em atividades sexuais com um parceiro após a lesão medular.

O *tempo de vida sexual ativa* não variou significativamente entre os períodos estudados, onde os participantes apresentaram em média oito anos e meio de vida sexual ativa antes da lesão e sete após a lesão medular. No entanto, há que considerar que o tempo de lesão medular perfez em média 11 anos, o que resultou na *primeira experiência sexual* ocorrendo, em média, 4 anos após a lesão medular. Este resultado difere dos relatados por Alexander *et al.* (1993) e Fisher *et al.* (2002), nos quais a maioria dos participantes reportou

se envolver sexualmente com parceiro ainda no primeiro ano pós-trauma, enquanto apenas 30% dos participantes do atual estudo tiveram experiência sexual durante este período.

Alexander *et al.* (1993) relataram que grande parte listou o beijo como primeira experiência sexual pós-lesão, enquanto somente um em cada dez listou o intercurso sexual ou sexo oral. Embora não controlado por este estudo, nas entrevistas percebeu-se que atividades isoladas de beijo e abraço, apesar de serem expressões sexuais, não foram consideradas pelos participantes como práticas sexuais e, ao se referir à experiência sexual, fizeram referência a práticas que propiciam contato com as partes íntimas, principalmente as atividades genitalizadas, o que poderia justificar essa diferença entre os estudos em relação à primeira experiência sexual pós-trauma, onde a maioria reportou ter o primeiro envolvimento entre o primeiro e o quinto ano pós-lesão e 1 em cada 10 levou mais de 10 anos para experimentar pela primeira vez a sexualidade após o incidente traumático.

Em geral, os participantes tiveram sua *iniciação sexual* aos 14 anos de idade, um pouco abaixo da média da população brasileira (ABDO, 2004), embora ambos estejam dentro da faixa etária entre 12 e 17 anos observada pelo Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado (1983). Por outro lado, os participantes que não tiveram vida sexual ativa antes da lesão, ao menos com um parceiro, tiveram sua primeira experiência com um parceiro sexual postergada, sendo ainda mais adiada pelos participantes que adquiriram a lesão enquanto adolescentes, do que por aqueles que a adquiriram durante a infância.

Os participantes deste estudo tiveram menor número de *parceiros sexuais* após a lesão medular em comparação ao período anterior. As parcerias diminuíram em torno de 30%, sendo que, enquanto antes da lesão metade dos lesionados relatou ter mais de sete parceiros e um em cada vinte relatou não tê-lo, após o trauma aproximadamente metade teve entre um e seis e um em cada dez não teve parceiro sexual.

Fisher *et al.* (2002) averiguou que um número de participantes semelhante ao obtido pelo atual estudo teve parceiros sexuais antes da lesão, entretanto um número inferior teve parceiro após a lesão, possivelmente por se tratar de um estudo longitudinal que acompanhou seus participantes durante os primeiros 18 meses após o incidente. Já Alexander *et al.* (1993) observou que, em contraposição, o número de parceiros foi o mesmo tanto antes quanto após a lesão medular, retratando números inferiores aos do estudo atual, como também verificaram que um número superior de participantes não teve parceiro sexual após a lesão.

Um pouco diferente do questionado por este estudo, Abdo (2004) perguntou sobre o número de parceiros que tiveram “significado especial” ao longo da vida dos brasileiros e

verificou que os homens tiveram em média 4 parceiras. Já os americanos tiveram seis parceiros em média, onde a maioria teve entre um e dez parceiros e somente uma minoria não os teve (LAUMANN, 1994). Os resultados anteriormente mencionados podem ser verificados por meio da tabela 3.36.

Tabela 3.36. Estudos conforme número de parceiros sexuais antes e após a lesão medular

Estudos	Antes da lesão		Após a lesão	
	Com parceiros	Sem parceiros	Com parceiros	Sem parceiros
	Média (maioria)	%	Média (maioria)	%
Savall (2008)	**7 (mais de 7)**	**5%**	**5 (entre 1 e 6)**	**9%**
Alexander *et al.* (1993)	(entre 2 e 5)	-	(entre 2 e 5)	21%
Fisher *et al.* (2002)	-	10%	-	40%
Abdo (2004)*	4,2	-	-	-
Laumann (1994)*	6 (entre 1 e 10)	3,4%	-	-

* Os dados desses estudos referem-se à população em geral, não acometida por lesão medular.

Semelhantemente ao estudo de Alexander *et al.* (1993), o número de parceiros sexuais após a lesão não se relacionou com o desejo sexual do participante após a mesma, indicando que o interesse sexual da pessoa lesionada não exerceu influência considerável no estabelecimento das parcerias sexuais. Alexander *et al.* (1993) reportou que, por sua vez, o número de parceiros correlacionou com o desejo sexual da companheira, insinuando que o desejo sexual da parceira exerce maior influência nas parcerias que o desejo sexual pessoal.

Também não foi encontrada relação entre o número de parceiros sexuais e o nível da lesão medular, desmistificando a hipótese de que pessoas com tetraplegia, por terem maior comprometimento funcional, estabeleceriam menor número de parcerias sexuais, o que permite afirmar que, se a lesão resulta em maiores limitações no âmbito físico aos tetraplégicos, não são muito distintas as dificuldades se comparadas as dos paraplégicos em relação ao âmbito social, ao menos referente a este quesito.

No entanto, o número de parceiros correlacionou significativamente com outros aspectos como, por exemplo, estabeleceu relação, ainda que fraca, com o grau de escolaridade, indicando que os participantes mais instruídos tiveram tendência a apresentar maior número de parceiros sexuais, podendo se dar devido ao esclarecimento, possibilidades de reabilitação biopsicossocial, bem como pelas oportunidades sociais.

Também estabeleceu relação fraca com o número de parceiros sexuais antes da lesão, indicando que independente do nível da mesma (t(51)= .807; *p*=.423), os indivíduos que tiveram numerosos parceiros no período anterior apresentam tendência de ter maior número de parceiros no período posterior ao trauma, como observado por Alexander *et al.* (1993).

Relacionou moderadamente com o tempo de lesão e de vida sexual ativa após a lesão, isto é, quanto maior o tempo de convivência com a deficiência e de experiência sexual enquanto deficiente, maior a probabilidade de estabelecer parcerias sexuais, sendo que estas variáveis compartilham considerável variabilidade com o número de parceiros, ou seja, 16% da variabilidade do número de parceiros pode ser explicada pela variabilidade no tempo de lesão e 25% pela variabilidade no tempo de vida sexual ativa.

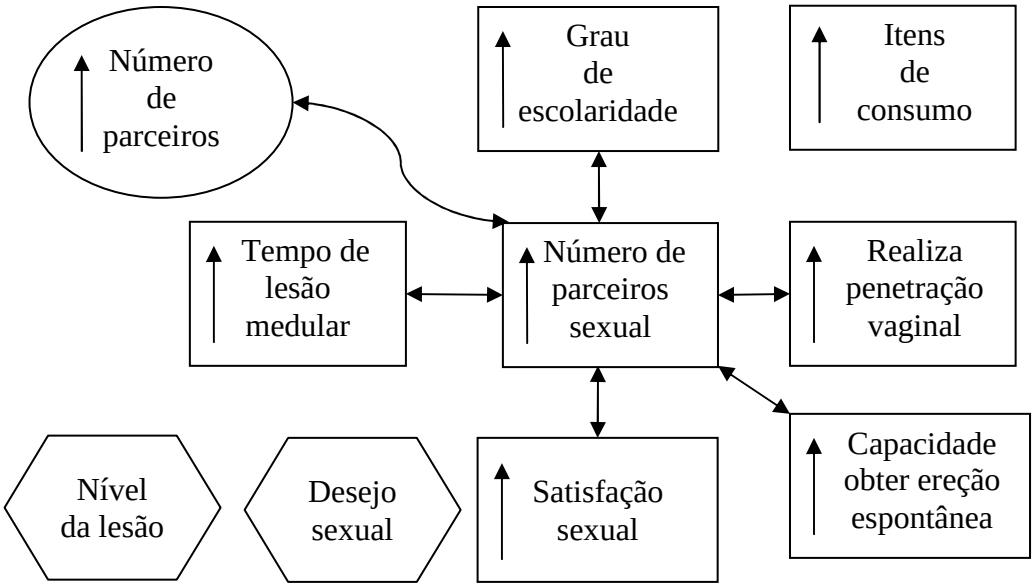
Correlacionou moderadamente com a capacidade de obter ereção e de modo fraco com a prática de penetração vaginal, indicando que a função sexual preservada, ainda que parcialmente, contribui aumentando as possibilidades de envolvimento sexual com parceiros em potencial, enquanto que a disfunção sexual dificulta o estabelecimento de parcerias sexuais.

Por fim, relacionou de forma fraca com a satisfação sexual, sugerindo que quanto maior a satisfação com a vida sexual após a lesão, maior a possibilidade de ter envolvimento sexual com diferentes parceiros.

Apesar de não ter sido controlado por este estudo, mas ser claramente percebido nas histórias de vida sexual, Alexander *et al.* (1993) afirmam que as pessoas com lesão medular tendem a selecionar pessoas sem deficiência como parceiros sexuais, além de observar um número considerável de participantes que teve envolvimento sexual com profissionais da saúde.

A figura 3.8. demonstra as relações significativas estabelecidas com a capacidade de estabelecer parceria sexual – dispostas no sentido anti-horário conforme o texto –, bem como as não significativas.

Figura 3.8. Relações estabelecidas com o número de parceiros sexuais



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, a variável dentro do círculo refere-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas nos hexágonos não relacionaram com a variável central, apesar de esperado.

Os participantes do atual estudo, em comparação ao período anterior, apresentaram redução na *freqüência sexual* após a lesão medular. Enquanto antes da lesão a maioria relatou ter atividade sexual 3 ou mais vezes por semana, em média 4 vezes semanais, após a lesão grande parte reportou ter atividade sexual entre uma e 4 vezes semanais, em média 2 vezes por semana, e 13% ainda afirmou não ter atividade sexual no momento em que foi aplicada a pesquisa.

Esses achados corroboram com os obtidos por Ishibashi *et al.* (2005) e por Abdo (2004) em relação à população brasileira em geral, a qual adicionalmente relatou que os homens brasileiros pesquisados desejavam ter freqüência sexual duas vezes maior.

Por sua vez, Alexander *et al.* (1993) verificou que antes da lesão a maioria de seus participantes tinha freqüência sexual menor que a observada pelo estudo atual, e após a lesão este número mostrou-se ainda menor, achados que corroboram com os encontrados por Phelps *et al.* (2001), embora somente um participante relatou não ter atividade sexual no momento da pesquisa, número consideravelmente inferior ao obtido pelos estudos brasileiros atual e de Ishibashi *et al.* (2005).

A freqüência sexual também foi menor entre os participantes do estudo de Kreuter *et al.* (1996), que comparou a freqüência pós-lesão com a de um grupo controle, representando a população em geral, e percebeu que a freqüência sexual deste último grupo era ainda inferior.

Averiguaram que cerca da metade dos participantes lesionados relatou estar satisfeita com a freqüência de atividade sexual, enquanto metade deles gostaria de engajar-se em atividades sexuais com maior freqüência.

A freqüência sexual entre brasileiros e americanos não é diferente somente entre os homens com lesão medular, também se difere ao comparar a população em geral. Segundo Laumann (1994) a maioria dos americanos tem atividade sexual 3 ou menos vezes semanais, com $^{1}/_{3}$ destes apresentando freqüência de atividade sexual mensal, ou seja, ainda menor do que a freqüência dos brasileiros lesionados, porém semelhante a dos estudos internacionais mencionados.

Os resultados relacionados à freqüência de atividade sexual podem ser vistos na tabela 3.37.

Tabela 3.37. Pesquisas de acordo com a freqüência de atividade sexual antes e após a lesão

Estudos	Antes da lesão		Após a lesão	
	Média	Maioria (x/sem.)	Média	Maioria (x/sem.)
Savall (2008)	**3,7**	**≥ 3**	**2**	**Entre 1 e 4**
Ishibashi *et al.* (2005)	-	-	-	Entre 1 e 4
Alexander *et al.* (1993)	-	Entre 2 e 3	-	≤ 1
Phelps *et al.* (2001)	-	-	-	≤ 1
Kreuter *et al.* (1996)	-	-	-	≤ 1
Abdo (2004)*	3,6	-	-	-
Laumann (1994)*	-	≤ 3	-	-

* Os dados desses estudos referem-se à população em geral, não acometida por lesão medular.

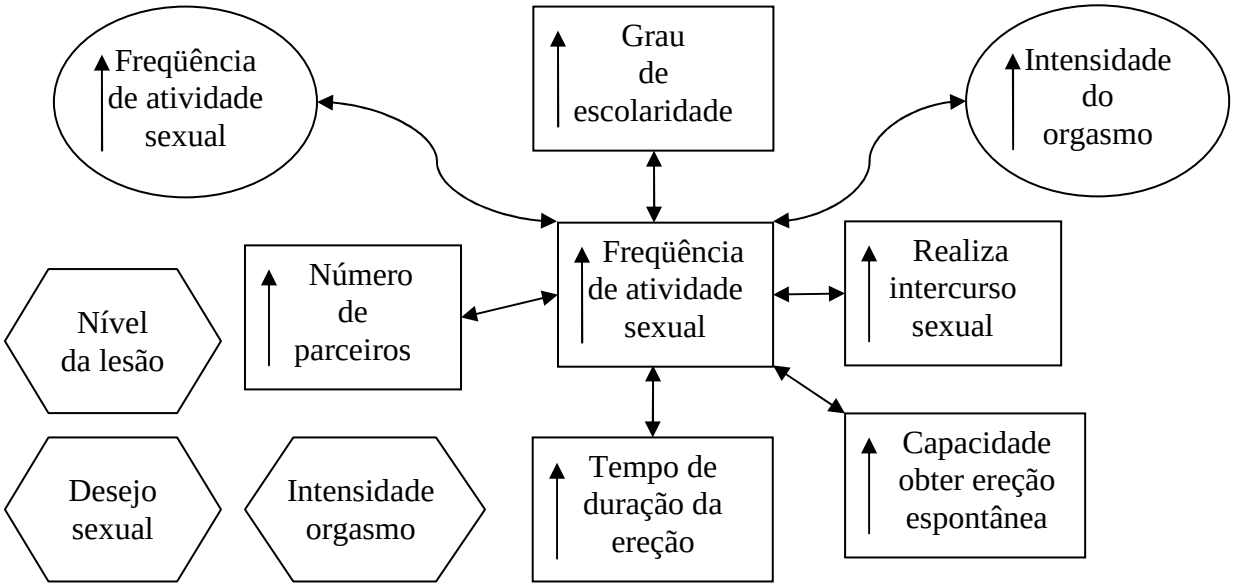
A freqüência sexual após a lesão correlacionou moderadamente com o grau de escolaridade dos participantes, sendo mais elevada quanto maior o nível de instrução dos mesmos. Relacionou moderadamente com a freqüência sexual antes da lesão medular, ou seja, quanto maior a freqüência sexual antes do incidente traumático, maior a freqüência após o mesmo, independente do nível da lesão medular [$t(49)=1,143$; $p=.266$], sugerindo que embora as limitações físicas resultantes da lesão medular possam influenciar a freqüência sexual, limitações mais acentuadas, como no caso de seqüela de tetraplegia, não implicam em freqüência sexual ainda menor.

Também se relacionou com o número de parceiros sexuais, indicando que os entrevistados com maior número de parceiros tendem a apresentar maior freqüência sexual,

possivelmente porque casais em início de relacionamento tendem a ser mais sexualmente ativos que casais que se relacionam há muito tempo, como verificado por Kreuter *et al.* (1996) e se um novo relacionamento ocorre com maior constância, constantemente vivenciam momentos de maior freqüência de atividade sexual.

As relações encontradas podem ser verificadas no sentido anti-horário pela figura 3.9.

Figura 3.9. Relações estabelecidas com a freqüência sexual pós-lesão medular



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas nos hexágonos não relacionaram com a variável central.

A freqüência sexual está relacionada de forma moderada com a prática de intercurso sexual e de modo fraco com a capacidade de obter ereção e o tempo de duração da mesma, sugerindo que a preservação da função sexual resulta em maior freqüência de atividade sexual após o trauma, embora o mesmo não possa ser dito da gratificação sexual, uma vez que não se correlacionou com a intensidade do orgasmo no período posterior à lesão medular, embora tenha se correlacionado moderadamente no anterior.

Da mesma forma que o número de parceiros, a freqüência de atividade sexual do participante não correlacionou com o desejo sexual pessoal ou com o nível da lesão medular, como observado por Alexander *et al.* (1993).

Em geral, a prática das variadas *atividades sexuais* não modificou entre os períodos pesquisados, tanto que metade dos participantes manteve como no período posterior à lesão medular *repertório sexual* com número semelhante de atividades realizadas no período anterior ao da lesão. A única atividade da qual sua prática diminuiu significativamente foi o sexo anal, diferentemente do encontrado por Alexander *et al.* (1993), os quais observaram aumento desta prática após a lesão.

No entanto, algumas práticas foram realizadas por um número maior ou menor de participantes após a lesão, em comparação ao período anterior, ainda que não sejam resultados expressivos estatisticamente. Após o incidente traumático, a prática de penetração vaginal foi realizada por um número menor de participantes, corroborando com o obtido por Alexander *et al.* (1993), enquanto um número maior de participantes relatou que beijar, abraçar, sexo oral, toques íntimos, masturbação, utilização de vibradores, entre outras atividades fazem parte do repertório sexual, mas como visto, não mais rico do que o repertório expresso no período anterior ao incidente, provavelmente com modificações em relação às práticas realizadas.

Se na avaliação geral não houve diferença no número de atividades que compõem o repertório sexual (em torno de 5), ¼ dos participantes se envolveram em mais atividades sexuais após a lesão, enquanto o mesmo número deixou de se envolver em algumas atividades praticadas antes da lesão. No entanto, entre os participantes que se iniciaram sexualmente após a lesão, observou-se que formaram repertório variado, composto por um número considerável de práticas sexuais (entre 5 e 6).

Os resultados obtidos por este estudo contrapõem os obtidos por Alexander *et al.* (1993), os quais observaram diminuir após a lesão a prática de beijo, abraço, sexo oral, toques íntimos e masturbação, embora as quatro primeiras atividades citadas ainda fossem realizadas por alto índice de participantes. Por fim, verificaram aumento no número de participantes que relataram utilizar a estimulação com vibrador como prática sexual após a lesão medular, embora seja maior a incidência desta prática tanto antes como após a lesão se comparada ao estudo atual.

Kreuter *et al.* (1996) e Phelps *et al.* (2001), por sua vez, não compararam as práticas entre os períodos. Confirmando o obtido pela atual pesquisa, Kreuter *et al.* (1996) verificou que beijar, abraçar, estimulação manual dos genitais e de outras zonas erógenas comumente integram o repertório sexual das pessoas com lesão medular, o sexo oral integra-o apenas entre parte dos participantes, enquanto o intercurso sexual é dissociado do mesmo por aproximadamente $^{2}/_{3}$ dos participantes.

Phelps *et al.* (2001), semelhantemente ao estudo atual, também reportou alto índice de informantes que realizam atividades de beijo, toques íntimos, sexo oral, e um índice menor que pratica intercurso vaginal, embora tenham encontrado um número inferior de pessoas lesionadas, comparativamente ao presente estudo, praticando a masturbação. Estes resultados se assemelham aos encontrados por Ide e Fugl-Meyer (2001) em relação a pessoas lesionadas japonesas e suecas, com exceção ao sexo oral, embora apresentem índices em geral inferiores aos demais estudos mencionados, principalmente em relação aos japoneses. Na tabela 3.38 encontram-se os resultados anteriormente comentados.

Tabela 3.38. Práticas sexuais realizadas após a lesão medular conforme pesquisas

Estudos	Alexander *et al.* (1993)	Kreuter *et al.* (1996)	Phelps *et al.* (2001)	Ide e Fugl-Meyer (2001)*		**Savall (2008)**
Beijo	84%	> 50%	94%	20%	35%	**93%**
Abraço	79%	> 50%	-	-	-	**91%**
Sexo oral	63%	≅50%	72%	-	-	**60%**
Toques íntimos	76%	> 50%	84%	28%	40%	**79%**
Masturbação	37%	> 50%	41%	6%	15%	**61%**
Penetração vaginal	61%	39%	62%	13%	40%	**65%**
Sexo anal	13%	-	-	-	-	**14%**
Estimulação com vibrador	16%	-	-	-	-	**7%**
Outras atividades	11%	-	-	-	-	**9%**

* Este artigo apresenta dados da população japonesa e sueca, respectivamente.

Tanto no período anterior como no posterior ao incidente traumático, as atividades praticadas pelo maior número de participantes foram: beijo, abraço, toques íntimos, penetração vaginal, masturbação e sexo oral, nesta ordem. No entanto, apesar da ordem ser a mesma, praticamente todas as atividades foram realizadas por um número maior de participantes, exceto a penetração vaginal, realizada por um número menor de participantes no período posterior ao do incidente traumático. No período anterior isto possivelmente ocorria devido à idade no momento da lesão, exprimindo o início da vivência sexual onde nem todos experimentaram o intercurso, enquanto no posterior o ocorrido provavelmente se deve às limitações impostas pela deficiência física, hipótese que não se pode afirmar apenas

embasada no atual estudo, cabendo pesquisas futuras mais aprofundadas considerando não somente as pessoas lesionadas, mas a população em geral.

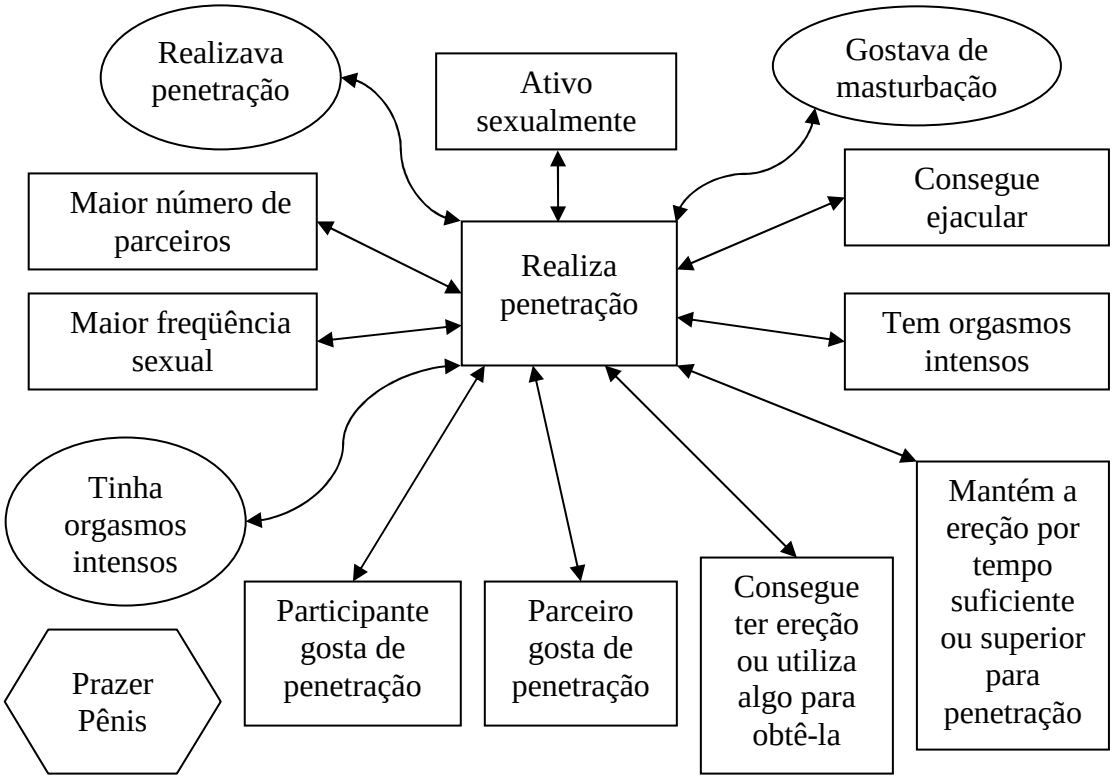
Apesar da – não significativa – diminuição na prática de penetração e valorização das demais atividades, os participantes apresentaram uma variedade de expressões sexuais, algumas diferentes do intercurso sexual, relacionadas a áreas acima do nível da lesão medular, corroborando com Alexander *et al.* (1993). Possivelmente resulte da perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão, acometendo, entre outras áreas corpóreas, a região da virilha e do pênis, bem como dos diferentes níveis de disfunção erétil, expressos por incapacidade em obter ereção por estímulo reflexo, psicogênico ou por ambos os estímulos, em alguns casos sendo encontrada mesmo entre os participantes que se utilizam de agentes facilitadores como dispositivos e medicamentos; ou, ainda, dificuldade em manter a ereção, em conseqüência ao tempo de sustentação da ereção e/ou rigidez peniana.

Segundo Ishibashi *et al.* (2005) a segunda maior dificuldade em ter ou manter uma relação sexual listada por um em cada três participantes foi a capacidade de conservação da ereção, perdendo somente para a dificuldade enfrentada por metade dos participantes relacionada à mobilidade corporal diante do posicionamento e transferências de posições. Uma minoria ainda reportou a disposição da parceira, enquanto um em cada dez afirmou não ter dificuldades, somente pequenos empecilhos.

Nas entrevistas verificou-se que os participantes do atual estudo não relataram dificuldades relacionadas ao posicionamento ou transferência, possivelmente por apresentarem tempo maior de lesão em comparação aos respondentes do estudo de Ishibashi *et al.* (2005), e consequentemente à maior convivência e, portanto, adaptação às limitações impostas pela deficiência, assim como ao desenvolvimento das capacidades, uma vez que relataram que o fortalecimento da musculatura dos braços e do tronco e a conscientização em relação ao equilíbrio, diante dos esforços diários, favorecem os posicionamentos e as mudanças de decúbito.

A figura 3.10. demonstra as relações estabelecidas, bem como algumas hipotetizadas, mas não estabelecidas, entre a prática de intercurso e as demais variáveis pesquisadas, tanto apresentando a tendência dos participantes que realizam a penetração, como, ao contrário, evidenciando os motivos pelos quais a prática desta atividade reduziu entre os entrevistados no período posterior ao trauma, bem como suas implicações.

Figura 3.10. Relações estabelecidas entre a prática de penetração e as demais variáveis pesquisadas



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. A variável apresentada no hexágono não relacionou com a variável central.

Nota-se que os participantes que praticam o intercurso tendem a estar sexualmente ativos (correlação moderada, compartilham 25% de variabilidade), há mais tempo (também moderada), possivelmente devido à perspectiva em se praticar atividade realizada e muito valorizada, principalmente pelo homem, no período anterior ao trauma. Já realizavam esta prática sexual antes da lesão (correlação fraca), sugerindo que os participantes que não praticavam o intercurso sexual antes da lesão medular tendem a não realizá-lo após a mesma, podendo dever-se à menor necessidade em se concretizar a relação por meio do intercurso, entre outros, pela impossibilidade de se utilizar a prática anterior como referência.

Observa-se que se encontram entre as pessoas que tendem a ter maior número de parceiros (ainda que a relação seja fraca), e de freqüência sexual (apresentando relação moderada), sendo uma prática sexual que tanto os participantes quanto seus parceiros tendem a apreciá-la (compartilhando variabilidade de 36% e 25% respectivamente), sendo praticada por pessoas que tanto conseguem obter ereção espontânea (correlação fraca) e a mantém pelo tempo necessário ou superior possibilitando sua prática (correlação fraca), quanto por pessoas

que utilizam agentes facilitadores para obtê-la e/ou mantê-la (correlação fraca) quando não são espontaneamente capazes, embora não tenham tendência a relatar níveis de excitação mais elevados (não se correlacionou), mas tendem a ter orgasmos intensos e ejaculação (correlações fracas), ainda que não tenham tendência a reportar elevado nível de satisfação sexual (não houve correlação).

Todas estas variáveis sugerem que a disfunção sexual dificulta ou impede esta prática sexual, implicando em diminuição da procura ou disponibilidade em envolvimento sexual pela pessoa acometida, tratando-se de uma realidade passível de acometer a pessoa lesionada, uma vez que a lesão pode afetar diretamente os centros medulares, como também as adjacências, responsáveis pelas funções erétil e ejaculatória, principalmente, uma vez que é mais complexa e integra diferentes centros medulares.

Também indicam que a pessoa que tende a realizar penetração, tende a obter gratificação sexual, mas não necessariamente tem seu interesse sexual despertado, sentem-se sexualmente excitadas ou encontram-se satisfeitas com sua vida sexual após o incidente traumático.

Finalmente, são os participantes que tendem a sentir prazer na região peitoral, embora não tendam a relatar prazer na região peniana. E, diante da ausência de sensibilidade e prazer proporcionado pelo pênis, há participantes, como verificado nas entrevistas, que optam por não realizar penetração mesmo obtendo ereção.

3.7.2. Orientação Sexual

Ao contrário da prática realizada, a *preferência* por certas atividades sexuais modificou sensivelmente após a lesão medular, sugerindo que a incidência da lesão medular pode resultar em alteração do mapa amoroso, ou seja, do esquema desenvolvimentista ou arquétipo na mente e no cérebro do amor idealizado, onde está projetada a atividade sexoerótica do indivíduo (MONEY, 1986). Houve incremento significativo na preferência pelas atividades de abraço, estimulação com vibrador e outras não especificadas, enquanto houve uma redução considerável na preferência pela prática sexual da penetração vaginal, resultado semelhante ao encontrado por Alexander *et al.* (1993), embora também tenha encontrado que a preferência pela estimulação com vibrador diminuiu de forma expressiva, mesmo sendo realizada por um número considerável de participantes após a lesão. Destaca-se, contudo, que os índices de preferências relatados por esses pesquisadores em geral são

relativamente inferiores aos índices obtidos pelo atual estudo, como pode ser verificado por meio da tabela 3.39.

Observou-se que a preferência por algumas atividades, ainda que as diferenças não sejam consideradas do ponto de vista estatístico, alterou-se após o incidente traumático onde um número maior de participantes reportou preferência por atividades de beijo, toque íntimos e masturbação, apresentando reduzida a preferência por sexo oral e anal, contrapondo em parte os achados obtidos por Alexander *et al.* (1993), os quais verificaram incremento na preferência por sexo oral, ainda que seja menor que a do estudo atual.

Tabela 3.39. Preferência por práticas sexuais conforme pesquisas

Estudos	Alexander et al. (1993)	**Savall (2008)**
Beijo	29%	**93%**
Abraço	32%	**90%**
Sexo oral	51%	**60%**
Toques íntimos	16%	**77%**
Masturbação	5%	**56%**
Penetração Vaginal	16%	**52%**
Sexo anal	0%	**7%**
Estimulação com vibrador	0%	**7%**
Outras atividades	12%	**11%**

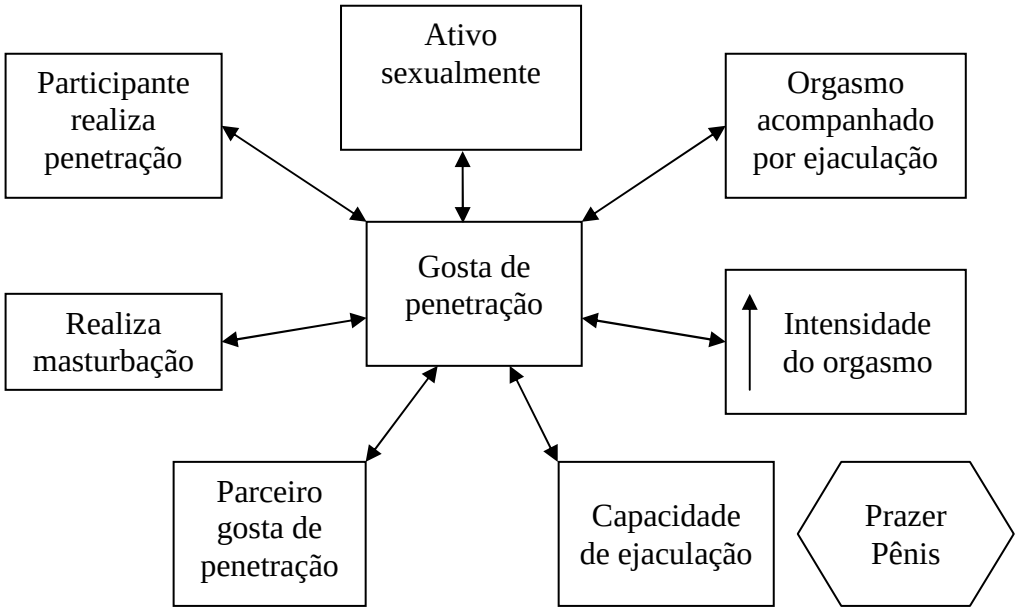
As atividades preferidas pelo maior número de participantes antes da lesão medular foram: beijo, abraço, sexo oral, penetração, toques íntimos e masturbação, enquanto após a lesão foram: beijo, abraço, seguido por toques íntimos, sexo oral, masturbação e penetração, nas respectivas ordens.

Observou-se que, enquanto toques íntimos e masturbação foram valorizadas, o sexo oral e principalmente a penetração foram desvalorizadas após a lesão medular. Diante deste quadro, procurou-se observar o motivo desta desvalorização por meio das relações estabelecidas com a variável preferência por penetração (tanto expressando a preferência, quanto, inversamente, a não preferência) e verificou-se que houve correlação moderada com a atividade sexual, exprimindo que estão entre os participantes que tendem a encontrarem-se sexualmente ativos; relacionou moderadamente com a prática de penetração (compartilham

36% da variabilidade), indicando que os participantes que a praticam, o fazem porque gostam, opinião partilhada por seu parceiro sexual (também compartilham 36% da variabilidade).

Apesar de não ter correlacionado com o nível de excitação do participante, está fracamente relacionado com a intensidade do orgasmo e moderadamente com a capacidade de ejacular, apresentando tendência de obter orgasmo acompanhado por ejaculação, ainda que a correlação seja fraca. Apesar de gostar de penetração, não apresentam tendência a sentir prazer proporcionado pelo pênis ou satisfação sexualmente, como verificado na figura 3.11.

Figura 3.11. Relações estabelecidas com a variável preferência por intercurso sexual



As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão.

A variável apresentada no hexágono não relacionou com a variável central.

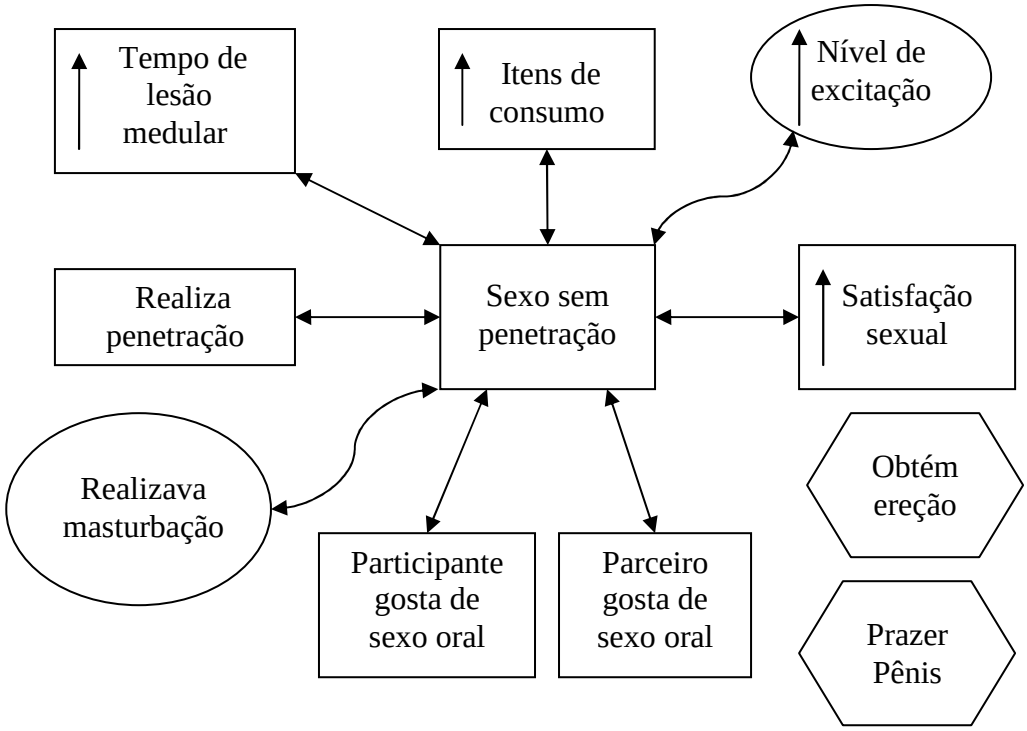
Relacionando os achados obtidos pelas práticas realizadas e preferidas, pôde-se observar que os participantes que optam pela prática de estimulação com vibrador gostam de realizá-la, ao contrário dos pesquisados por Alexander *et al.* (1993), os quais possivelmente optam por esta prática para agradar a companheira, mesmo sem apreciá-la, sendo o mesmo verificado em relação ao sexo anal; também observou-se que não somente é menor o número de participantes da presente pesquisa que realizam penetração vaginal como é menor o número de participantes que apreciam esta prática após a lesão, o que nos possibilita considerar que os lesionados que deixam de realizá-la possivelmente o fazem porque deixam de preferi-la após a lesão medular ou deixam de preferi-la ao deixar de realizá-la, seja em conseqüência à falta de sensibilidade e prazer no genital e/ou decorrente de disfunção sexual

caracterizada por ausência ou dificuldade de obter e/ou manter a ereção ou, ainda, pela ausência de ejaculação.

As implicações da lesão medular sobre as práticas e o funcionamento sexuais geraram a expansão da definição pessoal de sexualidade, marcada não pelo incremento, mas pela variabilidade no repertório sexual e pela viabilidade de realização de sexo sem necessariamente incluir o intercurso pênis-vagina ou, analisando por outro ângulo, mesmo abstraindo a prática da penetração, como constatado pelo alto índice de participantes que afirmam ser viável a relação sexual ausente de penetração, embora aproximadamente ¼ dos homens lesionados acredite ser inviável ou optaram por não se posicionar quanto a este questionamento, como pode ser visualizado na figura 3.12.

Este quadro demonstra a tendência dos participantes que acreditam na viabilidade e possivelmente vivenciam o sexo sem intercurso, sendo o inverso válido, ou seja, tendência dos que não acreditam nessa possibilidade.

Figura 3.12. Tendência dos participantes que acham possível o sexo sem penetração



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Ressalta-se, entretanto, que não foram encontradas relações entre a possibilidade de realização de sexo sem intercurso pênis-vagina com a capacidade de obtenção de ereção

espontânea ou o prazer proporcionado pelo pênis, indicando que essa concepção independe do fato de o participante ter ou não ereção ou de ter ou não prazer vinculado ao pênis, uma vez que se esperava que a incapacidade em obter ereção e/ou a falta de sensibilidade neste órgão influenciaria a adoção desta concepção por muitos dos lesionados.

3.7.3. Função Sexual

O *desejo sexual* dos homens com lesão medular alterou-se entre os períodos, diminuindo significativamente após a lesão medular (ALEXANDER *et al.*, 1993; FISHER *et al.*, 2002). Este resultado, juntamente com as informações obtidas pelo estudo qualitativo tal como (aspas)*realmente o desejo muda, mas o desejo permanece, pois não deixa a sua natureza humana*(aspas), corroboram com Ducharme *et al.* (1992), os quais afirmam que o desejo sexual permanece após o incidente traumático, embora freqüentemente as pessoas lesionadas apresentem disfunções do desejo, possivelmente em resultado de não ser um componente diretamente afetado pela lesão, mas passível de ser influenciado devido ao ajustamento à deficiência, adaptação aos aspectos sexuais afetados diretamente pela lesão, bem como aos aspectos psicoemocionais e socioculturais.

Esta alteração entre os períodos pesquisados foi principalmente percebida pelos homens com seqüela de paraplegia, embora os tetraplégicos também a tenham percebido, ainda que não significativamente. No entanto, ao comparar a percepção do nível de desejo entre os participantes com os diferentes níveis de lesão medular após a lesão, verifica-se que o nível de desejo entre os grupos neste período é semelhante.

A alteração entre os períodos também foi percebida tanto por participantes recém-lesionados como pelos homens com muito tempo de lesão, embora o desejo pós-lesão tenha sido consideravelmente menor entre os participantes recém-lesionados, indicando que o interesse sexual é principalmente reduzido durante o período inicial de ajustamento e, com o tempo, tende a aumentar, ainda que não se equipare ao desejo sentido antes da lesão (DUCHARME *et al.*, 1992).

O nível de desejo no período posterior não diferiu significativamente entre adultos jovens e maduros, embora tenha se apresentado mais elevado entre os jovens, semelhante ao obtido por Laumann *et al.* (1994) referente à população americana, o qual encontrou cerca de 14% de disfunção do desejo sexual entre os jovens de até 30 anos e aproximadamente 17% entre os adultos maduros.

Também não se diferiu entre solteiros e casados, embora tenha se apresentado mais elevado entre os solteiros, diferente do verificado por Laumann *et al.* (1994) em relação à população em geral, onde cerca de 20% dos solteiros sofrem de disfunção do desejo sexual contra 12% dos casados; não se diferiu entre os que receberam ou não aconselhamento sexual, indicando que as informações recebidas não contribuíram para o incremento do interesse sexual do homem lesionado, provavelmente devido à natureza dos serviços prestados, não direcionados para a prática sexual prazerosa ou para a disfunção do desejo sexual; não se diferiu entre os participantes ativos e não-ativos sexualmente, embora apresentou-se mais elevado entre os ativos sugerindo, por um lado, que a ausência de atividade sexual não alterou a percepção relacionada ao desejo sexual e, por outro, que provavelmente seu índice mais baixo não os estimulou a buscar atividade sexual; e, finalmente, não diferiu significativamente entre praticantes e não praticantes de atividade física esportiva, apesar de que o índice apresentou-se mais elevado entre os não praticantes, contrapondo as hipóteses deste estudo.

Ao analisar o desejo sexual dos participantes considerando o tempo de lesão e a primeira experiência sexual pós-trauma, verificou-se que entre os participantes com até dois anos de lesão, o desejo sexual foi estimado como menor quando comparado ao período anterior à lesão, semelhante à media geral pós-lesão. Considerando que menos de $^{1}/_{3}$ dos participantes tiveram sua primeira experiência sexual neste período, este achado possivelmente se deva ao reconhecimento de outras prioridades que não a atividade sexual após o trauma.

O desejo sexual foi considerado ainda mais baixo entre os participantes com três anos de lesão, dos quais um pouco mais de $^{1}/_{5}$ se envolveu em atividade sexual, sendo que o declínio do interesse sexual possivelmente se deva ao reconhecimento das alterações no âmbito sexual ao se deparar com as limitações impostas pela lesão nos diversos aspectos vivenciais, por exemplo, encontrar um parceiro, bem como o aspecto sexual propriamente dito, na figura da disfunção sexual. É possível que seja objeto de preocupação, mas não de busca de atividade sexual, devido ao ajustamento emocional à deficiência física e à sexualidade.

Encontrou-se mais elevado entre os participantes com quatro anos de lesão, coincidindo com o período de retorno à atividade sexual pós-trauma, equiparando-se à média geral do período posterior ao incidente. É mais baixo entre os participantes com mais de cinco anos de lesão, estabilizando-se entre os participantes com tempo superior de lesão.

Resumidamente, diminuiu progressivamente após a lesão, alcançou seu índice mais baixo no terceiro ano, aumentou e se estabilizou a partir do quinto ano. Vale ressaltar que a

análise em torno do nível de desejo sexual conforme tempo de lesão e iniciação sexual foi superficial, cabendo o aprofundamento com controles mais adequados em estudos longitudinais posteriores.

O desejo sexual foi considerado de moderado a alto por um número predominante de participantes tanto antes quanto após a lesão medular. Diferenciou-se, contudo, quanto à distribuição: enquanto antes da lesão a maioria o considerou alto, após o incidente traumático a maioria o considerou apenas moderado. Este resultado se assemelha aos obtidos por Phelps *et al.* (2001), exceto pelo índice mais elevado de participantes com desejo nulo ou baixo, que por sua vez corrobora com Kreuter *et al.* (1996) e distinguem do obtido pelo estudo atual. Por sua vez, os resultados do presente estudo distinguem do encontrado por Alexander *et al.* (1993), que verificaram diferença na percepção dos participantes quanto a considerá-lo de moderado a alto, antes e após a lesão medular, conforme verificado na tabela 3.40.

Tabela 3.40. Qualificação do nível de desejo antes e após a lesão entre as pesquisas

Estudos	Antes da lesão			Após a lesão		
	Alto	Moderado	Baixo	Alto	Moderado	Baixo
Savall (2008)	**77%**	**9%** **86%**	**4%**	**51%**	**35%** **86%**	**12%**
Alexander et al. (1993)		97%	-		78%	-
Phelps et al. (2001)	-	-		42%	38%	20%
Kreuter et al. (1996)	-	-	-	-	-	22%
Laumann et al. (1994)*	-	-	16%	-	-	-
Abdo (2004)*	-	-	2%	-	-	-

* Referem-se à população em geral, sem deficiência física.

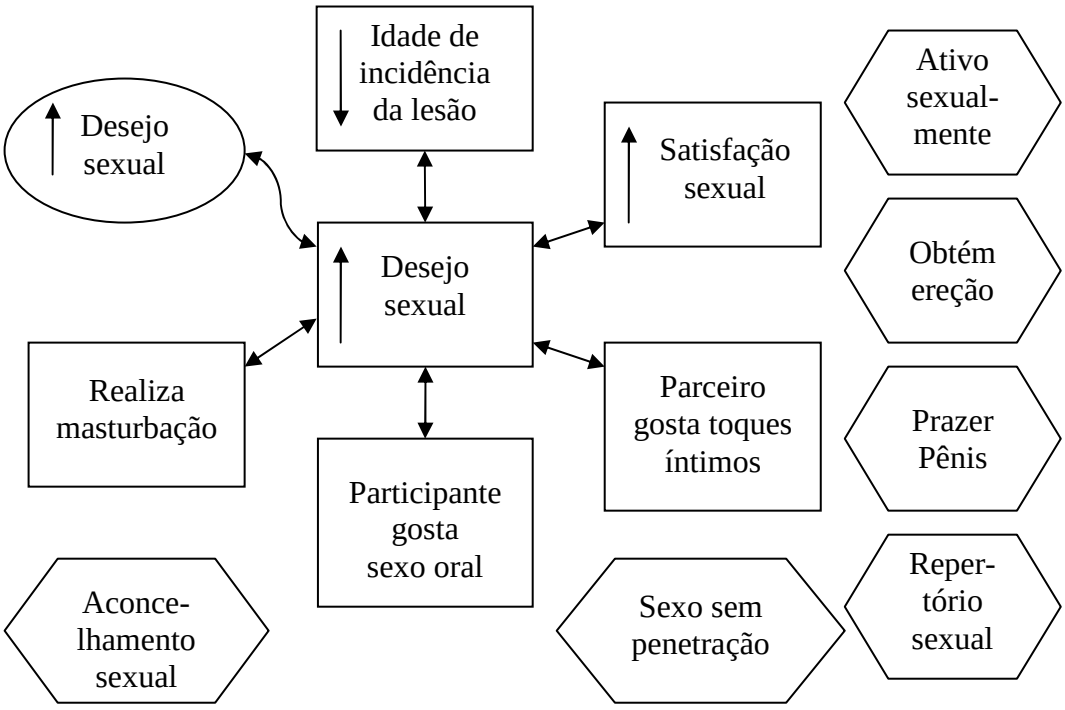
Apesar do índice de participantes que consideram o desejo sexual baixo ou nulo ter-se elevado – praticamente um em cada 8 reportou disfunção do desejo sexual hipoativo ou inibido –, este índice é consistente com o de estudos realizados com homens da população em geral, sem deficiência, onde desejo sexual hipoativo ou inibido afetam aproximadamente 16% da população masculina americana (LAUMANN *et al.*, 1994).

No Brasil, entretanto, o estudo de Abdo (2004) verificou que somente cerca de 2% relataram inibição do desejo sexual, embora tenha observado que entre pessoas com disfunção do desejo sexual, a incidência de patologias é maior, podendo justificar a diferença entre os índices de desejo sexual inibido, confirmando a estreita relação entre patologias e saúde

sexual. Portanto, há necessidade em se considerar o desejo sexual hipoativo ou inibido quando homens lesionados relatam problemas sexuais, devendo ser um aspecto a ser contemplado pelos programas de aconselhamento ou reabilitação sexual (PHELPS *et al.*, 2001).

As relações entre o nível de desejo sexual e outras informações são apresentadas na figura 3.13, no qual se visualiza tanto a tendência dos participantes com nível mais alto como, em contraposição (invertendo-se os sentidos das flechas), a tendência dos participantes com nível mais baixo de desejo sexual.

Figura 3.13. Relações estabelecidas com o nível de desejo sexual pós-lesão medular



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, a variável disposta dentro do círculo refere-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

O desejo sexual antes da lesão influenciou o desejo pós-trauma. Ainda que seja fraca, esta relação sugere que os participantes que mais se interessavam por sexo antes da lesão, tendem a ser mais interessados também após a mesma. Correlacionou de forma fraca, mas negativamente, com a idade de incidência da lesão, ou seja, quanto mais jovens eram no momento da lesão, menos seu interesse sexual é afetado após o trauma, indicando que a idade é um importante fator para a adaptação do indivíduo (VALTONEN *et al.*, 2006).

Correlacionou também de forma fraca com o nível de satisfação sexual, o que sugere que quanto mais a pessoa se sente satisfeita com sua vida sexual, maior o interesse da mesma por sexo, ou seja, enquanto a satisfação alimenta o desejo, a insatisfação com a vida sexual contribui para o desinteresse sexual. Relacionou moderadamente com a prática de masturbação e de forma fraca com a preferência por sexo oral, sugerindo que essas atividades incrementam o desejo pessoal por sexo. Embora não controlado por este estudo, vale ressaltar a influência de medicações utilizadas pelos pacientes na disfunção do desejo sexual, como relatado por um dos participantes durante a entrevista (DUCHARME *et al.*, 1992; COLE; COLE, 1994; ALEXANDER, 2002; BENEVENTO; SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

No entanto, e igualmente verificado por Alexander *et al.* (1993), o desejo sexual pós-lesão medular não se relacionou com o nível da lesão, indicando que a gravidade da limitação não influencia no interesse pessoal por sexo; idade do participante ou tempo de vida sexual ativa pós-lesão, sugerindo que a experiência sexual não necessariamente resulta em incremento no desejo sexual.

Também não se relacionou com vida sexual ativa, indicando que a inatividade não altera o interesse sexual e, ao contrário, e o interesse sexual não resulta em atividade sexual; obtenção de ereção, sugerindo que manter esta capacidade preservada não necessariamente exerce influência sobre o desejo sexual; repertório sexual, o que indica que a maior variedade de expressões sexuais não resulta essencialmente em aumento do desejo por sexo; prazer proporcionado pelo pênis, ou seja, a sensibilidade preservada nesta zona erógena não influencia de forma significativa o desejo sexual; possibilidade de realização de sexo sem penetração, o que sugere que esta concepção não resulta em aumento no desejo; e, finalmente, aconselhamento sexual, indicando que a assistência prestada não está sendo efetiva na disfunção do desejo sexual.

Ao se comparar os períodos pré e pós-lesão, verificou-se que a *excitação sexual* sofreu alteração, reduzindo consideravelmente após o trauma. Avaliando os participantes conforme seu nível de lesão, pode-se observar que tanto os homens com paraplegia quanto com tetraplegia relataram diminuição significativa da excitação sexual quando comparados os períodos pesquisados, tanto que não apresentaram diferença significativa entre si no período posterior ao trauma, ainda que a percepção de excitação dos tetraplégicos seja um pouco mais elevada, sugerindo que independente do nível da lesão, a excitação sexual encontra-se reduzida.

Ainda comparando os períodos pesquisados, tanto os participantes recém-lesionados quanto os com muito tempo de lesão relataram diminuição na excitação sexual. Adicionalmente, observou-se diferença significativa na excitação sexual quando comparados entre si os participantes com pouco e muito tempo de lesão, sendo a excitação ainda mais baixa entre os participantes recém-lesionados, indicando que provavelmente logo após a lesão a excitação reduza drasticamente, embora tenda a elevar-se com o passar do tempo, ainda que permaneça significativamente inferior em relação ao nível de excitação percebido no período anterior à lesão, configurando-se possivelmente em um dos componentes sexuais diretamente afetados pela lesão medular.

Também se encontrou diferença no nível de excitação pós-lesão quando comparados os lesionados em relação à idade, onde os adultos jovens apresentaram nível de excitação significativamente maior que os adultos maduros, bem como quando comparados em relação à atividade sexual, onde os participantes ativos sexualmente apresentaram nível de excitação consideravelmente maior que os não-ativos. Considerando a relação existente entre o nível de excitação sexual e a atividade sexual atual (.367**), esses resultados sugerem tanto que os indivíduos não estão ativos sexualmente devido ao nível baixo de excitação, quanto que os mesmos percebem-se menos excitáveis por não estarem ativos sexualmente. No entanto, não se sabe o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) os entrevistados não se encontram ativos, podendo resultar de questões pessoais (não querer ter atividade sexual por opção) em decorrência, por exemplo, do baixo nível de excitação sexual, ou de questões sociais (ausência e/ou dificuldade de encontrar um parceiro, impossibilidade ou dificuldade em se ter privacidade) que, por sua vez, poderia resultar em um nível mais baixo de excitação.

Não foi encontrada diferença significativa entre o nível de excitação de participantes solteiros e casados, ainda que os solteiros apresentem níveis mais elevados; entre paradesportistas e sedentários, embora os que praticam atividade desportiva tenham apresentado níveis mais elevados.

Por fim, não foi encontrada diferença significativa entre os que receberam e os que não receberam aconselhamento sexual sugerindo que, ainda que os agentes facilitadores e técnicas para obter e/ou manter a ereção estejam entre os assuntos abordados nos aconselhamentos e, considerando que uma das principais motivações para se buscar aconselhamento médico é a disfunção erétil, esta abordagem não está sendo efetiva para o incremento da excitação sexual em pessoas lesionadas (COOKS, 2003; HYDE, 2006). Contudo, pode dever-se também ao fato das informações serem transmitidas em um momento no qual as pessoas não têm condições de absorvê-las, como indicado por Alexander *et al.*

(1993), ou, ainda, em vista da dissociação entre a excitação e a capacidade eretiva, percebida nas entrevistas, onde os programas centram-se em fornecer, entre outras, informações voltadas à disfunção erétil, não explorando medidas que visem a melhoria da capacidade de se tornarem sexualmente excitados.

Analisada do ponto de vista da percepção quanto à qualificação, os resultados obtidos por este estudo corroboram com os fornecidos por Alexander *et al.* (1993), onde ambos os estudos apresentam menos da metade dos envolvidos reportando níveis de excitação elevados, mais de 1/3 declarando-o moderado – ou apropriado segundo os autores mencionados –, apesar de que um em cada cinco reportou índices baixo ou nulo de excitação sexual após a incidência da lesão medular.

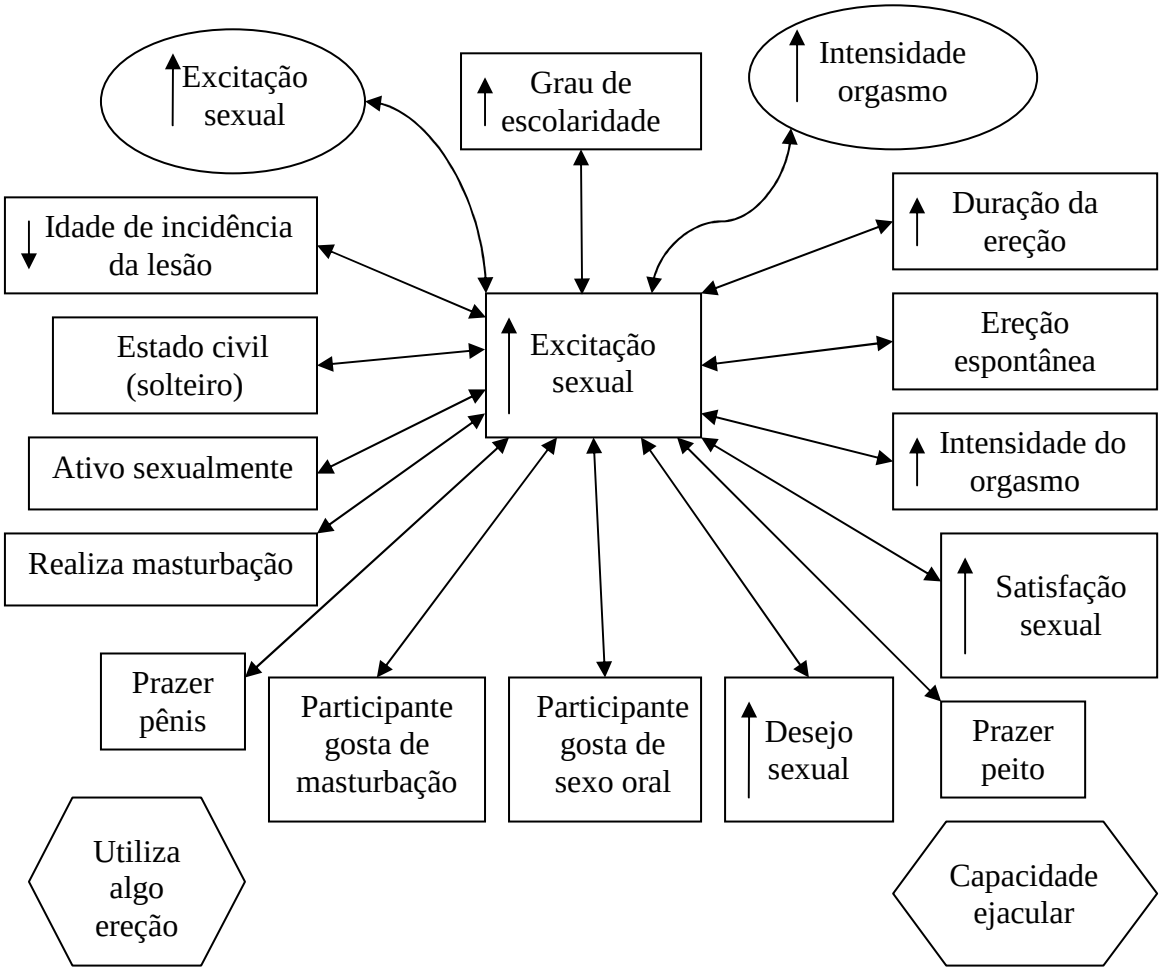
A excitação apresentou relações tanto com características dos participantes quanto com vários componentes sexuais, entre elas os aspectos sociodemográficos: a excitação apresentou relação fraca com o grau de escolaridade, sugerindo que os mais instruídos tendem a apresentar índices mais elevados de excitabilidade; e estado civil após a lesão, indicando que os solteiros relataram sentir-se mais excitados sexualmente. Correlacionou moderadamente com a idade de incidência da lesão, ou seja, os participantes que se acidentaram mais jovens tiveram propensão a reportar elevados índices de excitação após a mesma, sendo possível que um dos motivos derive do pouco tempo de experiência sexual prévia não resultar em parâmetro passível de comparação em relação ao período posterior.

Relacionou-se com aspectos da sexualidade anteriores à lesão medular: de forma fraca com a excitação e moderada com a intensidade do orgasmo, entendendo-se que quanto mais excitados e mais intensos os orgasmos antes da lesão, maior a excitação após o trauma, e posteriores: moderadamente com a prática de masturbação, ou seja, os que se masturbam tendem a relatar altos níveis de excitação; com a preferência por esta prática e por sexo oral, de forma fraca.

Apresentou relações com o funcionamento sexual: desejo sexual moderadamente, demonstrando que quanto maior o interesse por sexo mais o participante se sente sexualmente excitado; capacidade de obter ereção espontânea, possibilidade de realizar o intercurso e tempo de duração da ereção, todas moderadamente, apesar de que não tenha se correlacionado com a utilização de agentes facilitadores para a obtenção e manutenção da ereção; e capacidade em atingir o orgasmo e sua intensidade, também moderadamente, embora não tenha se relacionado com a capacidade de ejacular, os quais sugerem que a preservação da função sexual após o incidente traumático influencia o nível de excitação sexual de pessoas com lesão medular.

Relacionou-se com o prazer proporcionado pelo peito, moderadamente, e pelo pênis, de modo fraco, sugerindo que a estimulação dessas zonas erógenas influencia na excitabilidade; como também correlacionou de forma moderada com a satisfação sexual, indicando que quanto maior a satisfação com a vida sexual, maior o nível de excitabilidade. As relações apresentadas podem ser encontradas na figura 3.14.

Figura 3.14. Relações estabelecidas com o nível de excitação sexual pós-lesão medular



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Quatro em cada cinco participantes declararam obter ereção espontânea após a lesão medular. Este resultado corrobora com o verificado por Alexander *et al.* (1993) e apresenta-se um pouco superior ao obtido por Phelps *et al.* (2001) e Fisher *et al.* (2002). Embora seja muito acima do obtido por Kreuter *et al.* (1996), cabe ressaltar que esses pesquisadores relataram somente o número de participantes que não reportaram alteração na capacidade de obter e manter a ereção suficiente para o intercurso sexual.

Os tetraplégicos apresentaram maior capacidade de obtenção de ereção espontânea que os paraplégicos, ainda que esta diferença não seja significativa, corroborando com Alexander *et al.* (1993).

Aproximadamente um em cada seis participantes relatou disfunção erétil, do ponto de vista da obtenção de ereção espontânea, corroborando com Alexander *et al.* (1993), porém inferior ao obtido por Phelps *et al.* (2001) e Fisher *et al.* (2002).

Abdo (2004; 2006) verificou que a disfunção erétil em menor ou maior grau (de mínima a completa) atinge cerca de 45% dos homens brasileiros, sendo que as incapacidades parcial e total, mais semelhantes às vivenciadas pelos homens com lesão medular, atingem cerca de 14% da população. Já Laumann *et al.* (1994) verificaram que um em cada dez americanos sem deficiência é incapaz de obter ereção, embora ao controlar a capacidade de ter ereção conforme o estado de saúde de sua amostra verificou que, enquanto somente 6% dos homens com excelente estado de saúde apresentaram disfunção erétil, 22,6% dos homens com a saúde debilitada apresentaram a disfunção. Clark (1997) calcula que a disfunção erétil afete aproximadamente 15% dos cidadãos americanos.

Apesar da similaridade com a população em geral, acometeu um número 4 vezes maior de participantes em comparação ao período anterior à lesão. A discussão relacionada à (dis)função sexual em homens com lesão medular e conforme o nível de lesão pode ser visualizada por meio da tabela 3.41.

Tabela 3.41. Pesquisas conforme função/disfunção sexual em geral e segundo os níveis da lesão

	Paraplégicos		Tetraplégicos		Total	
	Função	Disfunção	Função	Disfunção	Função	Disfunção
Alexander *et al.* (1993)	68,8%	31,2%	95,5%	4,5%	84,2%	15,8%
Savall (2008)	**80,6**	**17**	**84,6**	**7,7**	**80,7%**	**15,8**
Phelps *et al.* (2001)	-	-	-	-	72%	28%
Fisher *et al.* (2002)	-	-	-	-	≅70%	30%
Kreuter *et al.* (1996)	-	-	-	-	8%	-
Laumann *et al.* (1994)*	-	-	-	-	89,6%	10,4%
Clark (1997)	-	-	-	-	85%	15%
Abdo (2004; 2006)*	-	-	-	-	54,9%	45,1%

* Os dados referem-se à população em geral

Metade dos participantes apresentou ereção reflexa e psicogênica. Aproximadamente $^{1}/_{3}$ e ¼ dos participantes com tetraplegia e paraplegia respectivamente, obtêm ereção apenas por meio de estímulos manuais e uma minoria obtêm ereção apenas por meio de estímulos mentais. Entre os tetraplégicos, cerca de 8% relatou não conseguir obter qualquer tipo de ereção, sendo este número duas vezes maior entre os paraplégicos.

Alexander *et al.* (1993), diferentemente deste estudo, verificou que aproximadamente metade de seus participantes relatou obter somente ereção reflexa, em uma proporção superior à obtida pelo estudo atual, enquanto um número semelhante relatou obter ereção originada por ambos os estímulos e somente uma minoria dos tetraplégicos obtêm ereção apenas por meio de estímulo mental. Aproximadamente $^{1}/_{3}$ dos paraplégicos do atual estudo relatou não ter qualquer tipo de ereção ou não saber informar, enquanto somente cerca de minoria dos tetraplégicos informaram não obtê-la. Em seus estudos, Phelps *et al.* (2001) verificou que, semelhante ao obtido por Alexander *et al.* (1993), aproximadamente um em cada 4 participantes paraplégicos não possui função eretiva.

Tabela 3.42. Pesquisas referentes ao tipo de ereção segundo os níveis de lesão medular

	Paraplégicos			Tetraplégicos		
	Reflexa	Psicogênica	Ambas	Reflexa	Psicogênica	Ambas
Alexander *et al.* (1993)	37,5%	0%	31,3%	50%	4,6%	40,9%
Savall (2008)	**22%**	**4,9%**	**53,7%**	**30,8%**	**7,7%**	**46,1%**

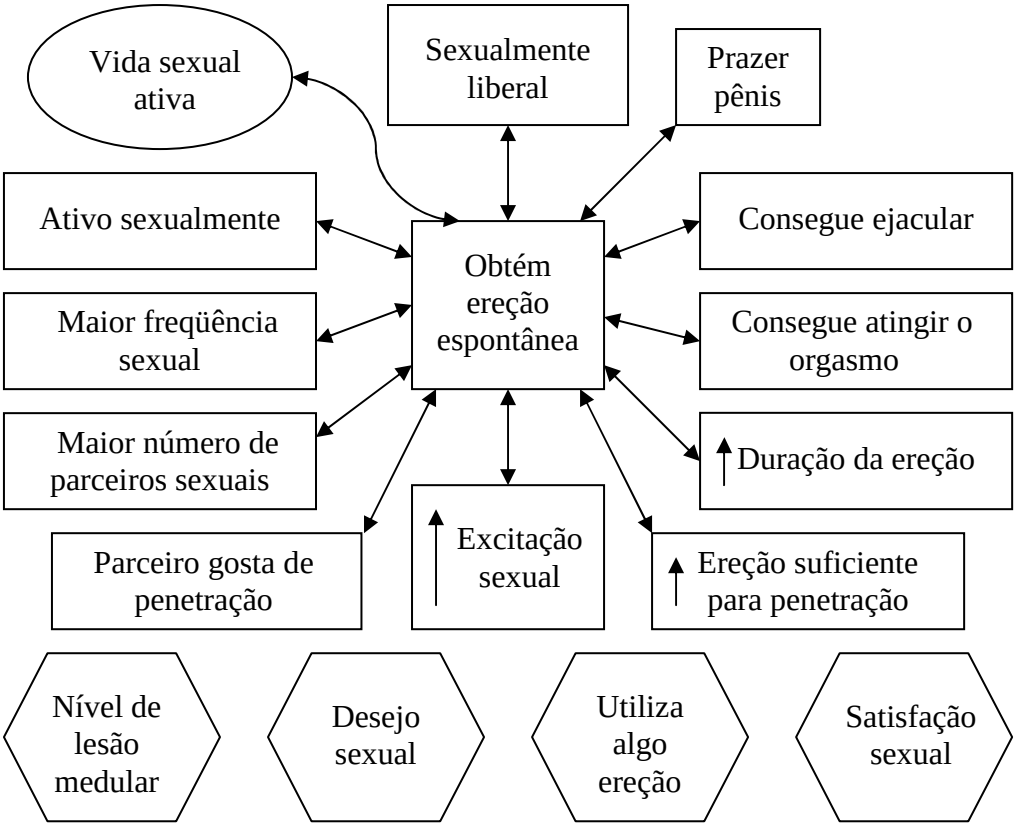
Observou-se que a obtenção de ereção espontânea correlacionou, de forma fraca, com considerar-se sexualmente liberal e vida sexual ativa prévia, sugerindo que os participantes que tiveram experiência sexual no período anterior à lesão e que são mais desprendidos em termos de sexualidade tendem a obter ereção espontânea após a lesão medular. Inversamente, indica que os comportamentos relacionados a experimentar a sexualidade somente após a lesão e serem moderados ou radicais em termos sexuais poderiam influenciar na obtenção de ereção, principalmente ao se considerar que há componente psicogênico relacionado à função erétil, o qual poderia ser influenciado pela concepção acerca da sexualidade.

Esta habilidade correlacionou moderadamente com vida sexual ativa após a lesão, expressando que a inatividade sexual após a lesão pode resultar da disfunção erétil, enquanto que a atividade sexual pode estar vinculada à capacidade em obter ereção. Relacionou-se de forma fraca e moderada, respectivamente, com a freqüência e número de parceiros sexuais, o

que sugere que a capacidade preservada de obter ereção influencie o estabelecimento de parcerias sexuais e estimule a prática sexual freqüente.

Também relacionou moderadamente com o nível de excitação pós-trauma, sugerindo que os respondentes que obtém ereção percebem-se mais sexualmente excitados; relacionou moderadamente com a rigidez da ereção, duração suficiente para a prática de penetração, capacidade em atingir orgasmo e ejacular, indicando preservação das funções erétil e ejaculatória; não se relacionou, no entanto, com preferência por intercurso, ou seja, as funções erétil preservada não resulta em preferência pela prática do intercurso, sugerindo que embora haja preservação desta capacidade após o incidente traumático, ainda assim pode gerar alteração do mapa amoroso. Também correlacionou, ainda que de forma fraca, com sensibilidade na região peniana, o que indica que as pessoas que tendem a sentir prazer relacionado ao pênis tendem a apresentar a capacidade erétil preservada, como observado na figura 3.15.

Figura 3.15. Relações estabelecidas com a variável obtenção de ereção espontânea



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, a variável disposta dentro do círculo refere-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Não surpreende, contudo, o fato desta capacidade não estar relacionada necessariamente à satisfação sexual, uma vez que verificou-se anteriormente a modificação do mapa amoroso após a lesão mesmo diante da preservação da função erétil, embora surpreenda o fato de não ter se correlacionado com o nível da lesão, já que a literatura reporta melhor capacidade de obtenção de ereção entre os homens com níveis mais altos de lesão medular (ALEXANDER *et al.*, 1993), como observado na figura anterior.

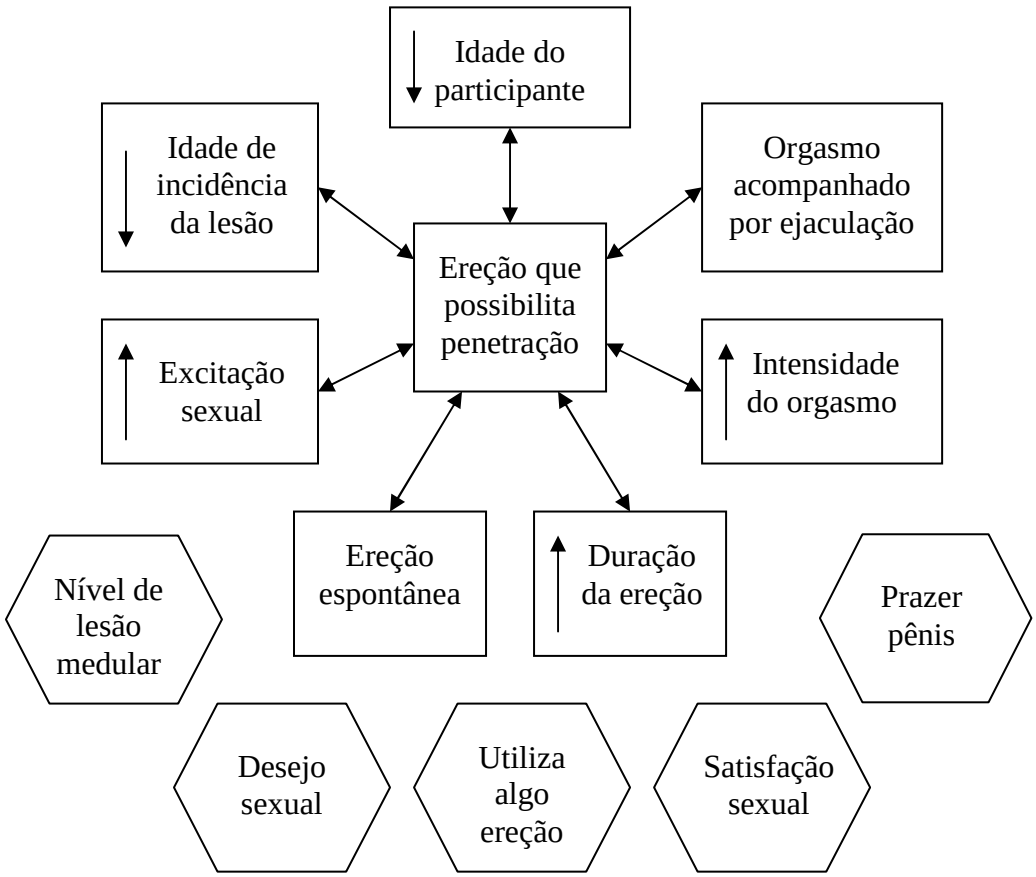
Aproximadamente ¾ dos participantes afirmaram ser a ereção suficientemente rígida, possibilitando o intercurso sexual. Embora a diferença seja pequena (9%), os paraplégicos apresentaram índices superiores aos dos tetraplégicos em relação a esta capacidade.

Entre os fatores que influenciam ereção rígida o suficiente para possibilitar a penetração encontram-se: idade do participantes, que relacionou de forma fraca, ou seja, os mais jovens tendem a apresentar melhor potencial erétil; idade de incidência da lesão, a qual também relacionou de forma fraca, isto é, quanto mais jovens eram quando adquiriram a lesão, melhor o prognóstico quanto à função erétil, ao menos em termos de rigidez; excitação sexual, tendo relacionado moderadamente, o que sugere que quanto mais excitados sexualmente melhor o potencial erétil; capacidade de obter ereção espontânea, a qual correlacionou moderadamente, embora não tenha sido influenciada pela utilização de dispositivos facilitadores; tempo de duração da ereção, tendo se correlacionado moderadamente e sugerindo que os que tem ereção por tempo necessário ou mais que necessário tendem a relatar maior rigidez peniana; intensidade do orgasmo e orgasmo acompanhado por ejaculação, relacionando moderadamente e sugerindo que as pessoas que tendem a ter a função orgásmica preservada, tendem a manter a possibilidade de realização de penetração.

Interessantemente, não se verificou influência do nível de lesão medular, desejo e satisfação sexuais, indicando que as pessoas que tendem a manter esta função não se interessam necessariamente por sexo e não se encontram essencialmente satisfeitas sexualmente, bem como com o prazer proporcionado pelo pênis, ou seja, não necessariamente o pênis é considerado uma zona erógena para essas pessoas.

Os fatores que se relacionaram com a capacidade de obter ereção possível de realizar penetração encontram-se na figura 3.16.

Figura 3.16. Relações estabelecidas com a variável ereção rígida o suficiente para permitir penetração após a lesão medular



As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão medular.
As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Metade dos homens lesionados afirmou que a ereção mantém-se por tempo necessário para a atividade sexual, um em cada 10 afirmou durar mais que o necessário, e um número significativo – um em cada 3 –, relatou disfunção erétil, em termos de tempo de manutenção, dados semelhantes ao obtido pela pesquisa bibliográfica de Maior (1985) com 63% a 94% dos homens capazes de manter a ereção e Ishibashi *et al.* (2005), os quais ao questionar sobre as dificuldades enfrentadas entre os participantes no momento da relação sexual e/ou na tentativa de manter a relação, averiguaram que um em cada três relatou ter como maior dificuldade a manutenção da ereção. Contudo, enquanto para os paraplégicos, a maioria considera que a ereção dura por tempo necessário para a prática sexual, metade dos tetraplégicos afirma que a ereção se mantém por tempo insuficiente.

Somente $^{1}/_{5}$ dos participantes do estudo de Phelps *et al.* (2001) afirmaram ter função eretiva total enquanto metade relatou ter função erétil parcial. Já Kreuter *et al.* (1996)

observou que praticamente a totalidade reportou algum tipo de alteração nas capacidades de obter ou manter a função erétil. Semelhante ao estudo atual, Fisher *et al.* (2002) verificaram que aproximadamente 50% dos participantes relataram obter ereção satisfatória, independente do período avaliado (ao 6º, ao 12º e ao 18º mês pós-lesão medular).

Alexander *et al.* (1993) identificaram dados interessantes sobre o tempo de lesão e observou que para metade dos participantes a ereção durava entre 0 e 5 minutos, o que pode-se considerar como insuficiente para a atividade sexual, para aproximadamente ¼ durava entre 10 e 60 minutos, podendo ser este tempo considerado suficiente para a atividade sexual, enquanto um em cada dez relatou durar mais de 60 minutos, considerados mais que o suficiente para a atividade sexual.

Os autores mencionados anteriormente verificaram ainda que para a maioria dos tetraplégicos a ereção se mantinha entre 5 e 30 minutos e entre ¾ dos paraplégicos se mantinha entre 0 e 5 minutos, tempo insuficiente para a prática sexual, resultados que se contrapõem aos encontrados pelo estudo atual onde, enquanto um número maior de tetraplégicos consegue obter ereção (como no estudo de Alexander *et al.*, 1993), somente metade consegue mantê-la por tempo suficiente, enquanto um número superior de paraplégicos consegue mantê-la por tempo suficiente para a atividade sexual. Vale ressaltar que o estudo supramencionado controlou o grau da lesão, se completa ou incompleta, e os pesquisadores puderam perceber diferenças entre os níveis de comprometimento conforme a magnitude da lesão.

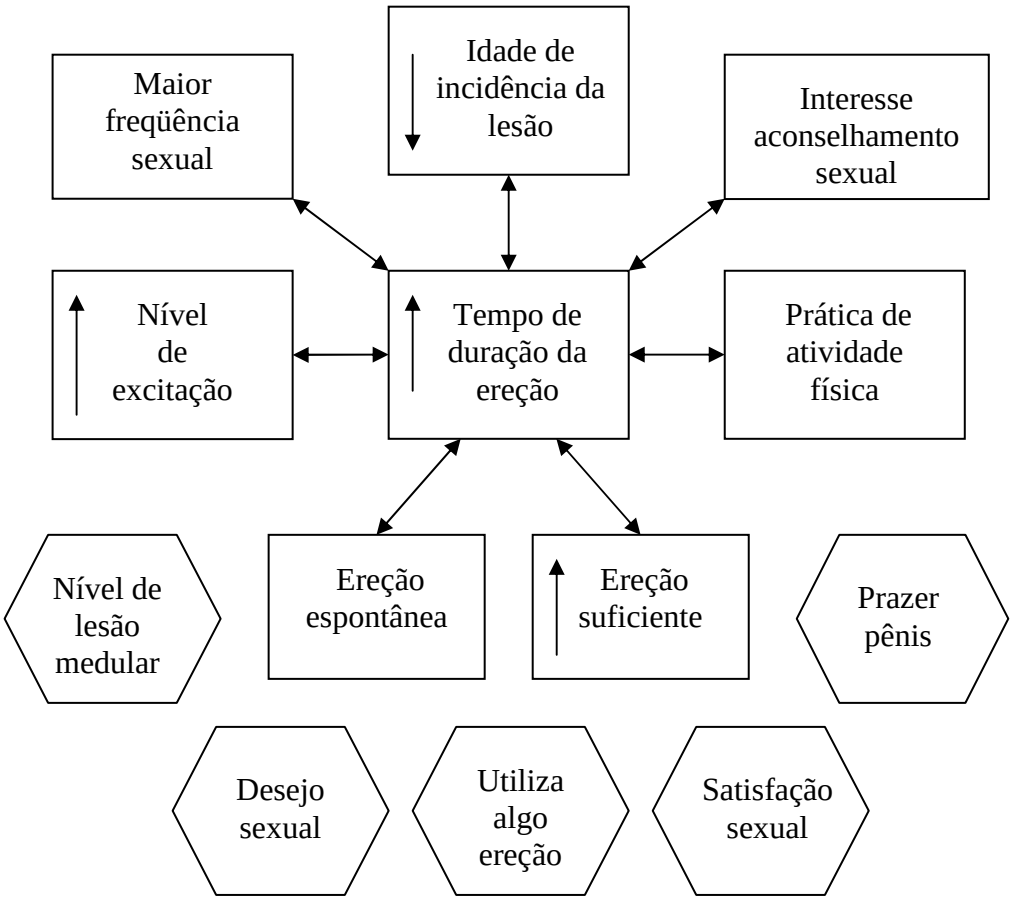
Entre os fatores que se relacionaram com o *tempo de duração da ereção* encontram-se: idade de incidência da lesão medular, a qual relacionou moderadamente, exercendo papel importante na função erétil pós-lesão; freqüência sexual, também influenciando moderadamente e sugerindo que quanto maior a freqüência maior a duração da ereção; nível de excitação, influenciando moderadamente e indicando que quanto mais a pessoa se sente sexualmente excitada maior o tempo de duração da ereção; ereção espontânea e rígida o suficiente, complementando a função erétil; prática de atividade física desportiva, o que indica que exercícios físicos podem melhorar a capacidade erétil, ao menos relacionada ao tempo de duração da ereção; e interesse por aconselhamento sexual, demonstrando que as pessoas que tem função erétil preservada tem interesse em receber informações sobre a sexualidade.

Contudo, como não se trata de um estudo de causa e efeito, tanto essas variáveis podem ter influenciado o tempo de duração, quanto essas relações demonstram que o tempo de duração é que influencia essas variáveis, por exemplo, a freqüência sexual, nível de

excitação, ou até mesmo favoreça a prática de atividade física, como conseqüência à adaptação emocional à deficiência.

Entretanto, não estabeleceu relação com o nível da lesão, desejo e principalmente satisfação sexual, indicando que as pessoas com essa capacidade não se encontram necessariamente interessadas em sexo ou satisfeitas sexualmente, como verificado na figura 3.17.

Figura 3.17. Relações estabelecidas com a variável tempo de duração da ereção

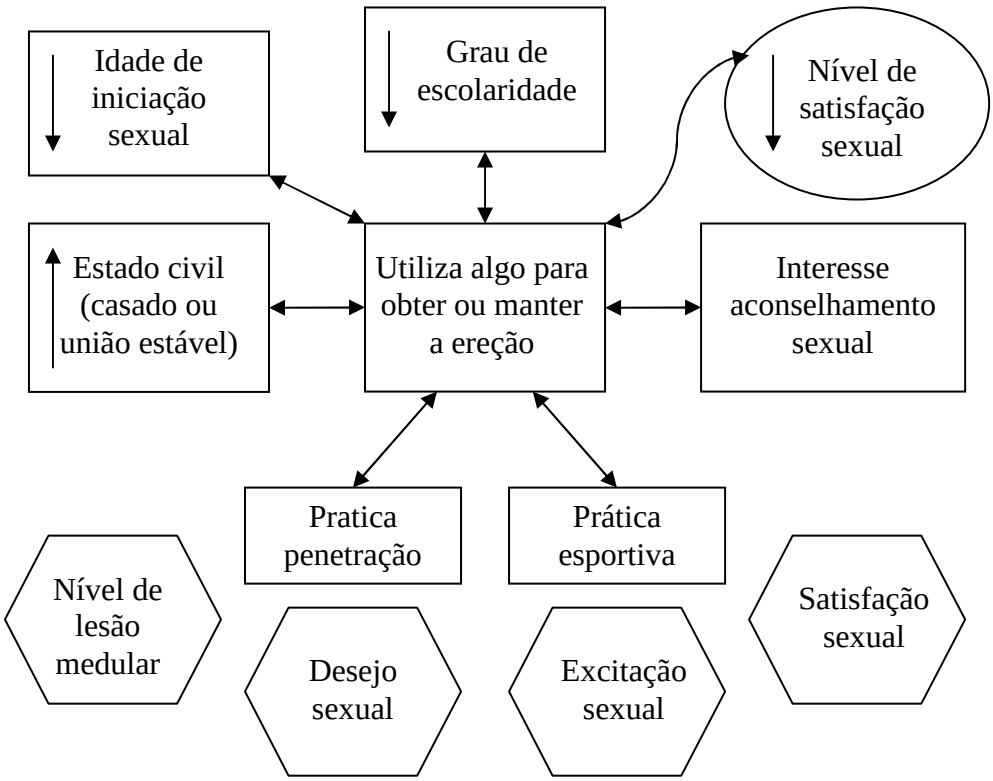


As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão medular.
As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Verificou-se que, em geral, mais de ¼ dos participantes utilizam algo para obter e/ou manter a ereção. Entre os que especificaram, todos relataram o uso exclusivo de medicamentos. Foram citados: Viagra, Cialis, Levitra e injeção, sem esclarecer qual o medicamento injetado. Ishibashi *et al.* (2005, n. 67), contudo, observou um número maior de participantes utilizando medicamentos para obter ou manter a ereção, sendo que um indivíduo ainda relatou fazer uso de prótese “para a satisfação da parceira”.

Entre os fatores que influenciam a utilização de dispositivos ou agentes facilitadores que favorecem a obtenção e/ou manutenção da ereção encontram-se: grau de escolaridade, com uma relação fraca, sugerindo que são utilizados pelos menos escolarizados; idade de iniciação sexual, estabelecendo relação fraca, indicando que iniciaram-se sexualmente mais jovens; estado civil, também fraca, sendo mais utilizado pelos casados ou casais em união estável; prática de penetração, com correlação fraca, sendo mais utilizados pelos que praticam esta atividade sexual; prática esportiva regular, sendo mais utilizados por praticantes do que por não praticantes; interesse em aconselhamento sexual, sendo os aconselhamentos mais procurados por pessoas que utilizam dispositivos ou agentes, confirmando o fato de que buscam principalmente medicação nos aconselhamentos; e de forma interessante, relacionou com a satisfação sexual no período anterior à lesão, sugerindo que os participantes que utilizam agentes facilitadores já se sentiam insatisfeitos com o aspecto sexual de suas vidas antes da lesão medular. Não se relacionou com a satisfação pós-lesão medular, indicando que o uso não resulta necessariamente em aumento da satisfação sexual. Essas relações podem ser verificadas na figura 3.18.

Figura 3.18. Relações estabelecidas com a variável utilização de agentes facilitadores



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Igualmente, a percepção dos participantes relacionada à resposta sexual de *orgasmo* apresentou-se sensivelmente menor após a lesão medular, independente do tempo desde o trauma, ou seja, tanto participantes recém-lesionados quanto os com muito tempo de lesão perceberam o orgasmo pós-lesão como alterado em comparação à percepção do mesmo antes da lesão, drasticamente reduzido, apesar de ter sido encontrado ligeiramente maior entre os participantes com muito tempo de lesão. Esta alteração entre os períodos é principalmente percebida pelos participantes com paraplegia, apesar de se apresentar também diminuída entre os tetraplégicos, tanto que ao comparar os grupos, não foi encontrada diferença significativa, indicando que ambos os grupos reportaram o orgasmo como menos intenso após a lesão medular.

Não foram observadas diferenças entre os participantes solteiros e os casados, embora seja um pouco mais elevado entre os solteiros; entre os adultos jovens e os maduros, apesar de que os mais jovens declararam índices mais elevados; entre os ativos e não-ativos sexualmente; entre os praticantes e não praticantes de atividade física desportiva, embora observou-se uma pouco mais elevado entre os não-praticante e, por fim, entre os que receberam e não receberam aconselhamento sexual, ou seja, em todas as situações o orgasmo foi relatado como significativamente diminuído.

Esta redução se evidencia ao analisar como os participantes qualificaram a sensação de orgasmo. Observou-se que, enquanto a maioria declarou índices de moderado a alto antes do incidente traumático, somente metade dos participantes declarou o mesmo após o incidente. Em contrapartida, a porcentagem de participantes que reportou disfunção orgásmica subiu de 7% para um valor superior a 33%, sendo que apenas cerca de 5% dos homens brasileiros declararam ter dificuldades para obter orgasmo, chegando a 7% no período de iniciação sexual e a partir da terceira idade (ABDO, 2004).

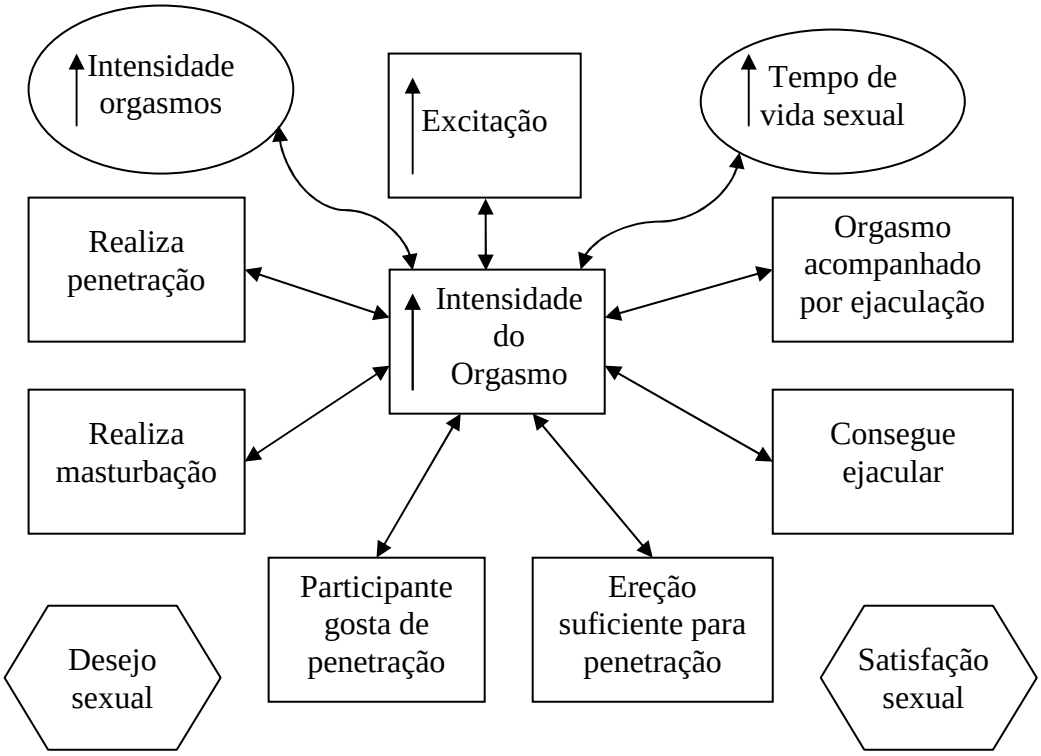
A intensidade do orgasmo após a lesão medular correlacionou de modo fraco com sua intensidade no período anterior à lesão, sugerindo que quanto mais intensos os orgasmos antes do trauma, mais intensos após o mesmo; relacionou também de modo fraco com o tempo de vida sexual ativa, o que indica que a experiência sexual pré-incidente influencia a intensidade do orgasmo após o mesmo; estabeleceu relação moderada com a excitação sexual pós-lesão, o que sugere que quanto mais excitados, mais intensos os orgasmos; correlacionou de forma moderada e fraca, respectivamente, com as práticas de masturbação e penetração, o que indica que a realização dessas práticas influencia na obtenção de orgasmos mais intensos; relacionou moderadamente com a obtenção de ereção rígida o suficiente para favorecer a prática do intercurso, a capacidade de ejacular e desta vir acompanhada do orgasmo, sugerindo que as

disfunções erétil e ejaculatória resultam em orgasmos menos intensos ou menos percebidos pelos participantes.

Por outro lado, o desejo sexual não influenciou o orgasmo, indicando que o mesmo não contribui para a obtenção de orgasmos mais intensos e, inversamente, que a obtenção de orgasmos mais intensos não favorece o aumento do interesse sexual; como também não foi influenciado pela satisfação sexual, o que sugere que estar satisfeito sexualmente não resulta em maior percepção a cerca do orgasmo e, ao contrário, que orgasmos mais intensos não resultam necessariamente em satisfação com a vida sexual.

As relações estabelecidas, bem como as hipotetizadas, mas não estabelecidas, podem ser visualizadas por meio da figura 3.19.

Figura 3.19. Relações estabelecidas com a intensidade de orgasmo

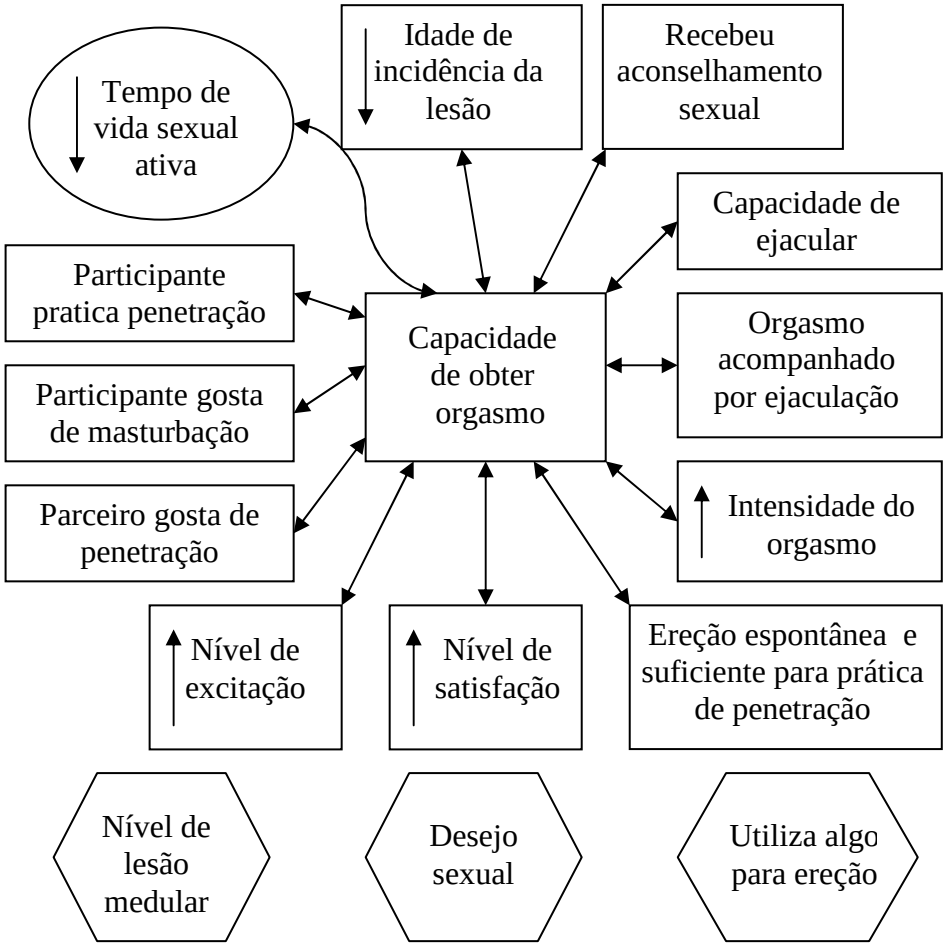


Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

A capacidade de obter orgasmo apresentou-se reduzida entre os homens do atual estudo, dos quais somente metade relatou obtê-lo. No entanto, esta capacidade apresentou-se independente do nível da lesão. Esse resultado corrobora com Alexander *et al.* (1993), embora tenham encontrado influencia do nível de lesão, sendo mais comumente encontrada entre as

pessoas com seqüela de tetraplegia. Por sua vez, contrapõe a pesquisa bibliográfica realizada por Maior (1988), a qual verificou que somente 3% a 14% dos homens lesionados obtêm orgasmo.

Figura 3.20. Relações estabelecidas com a variável capacidade de obter orgasmo



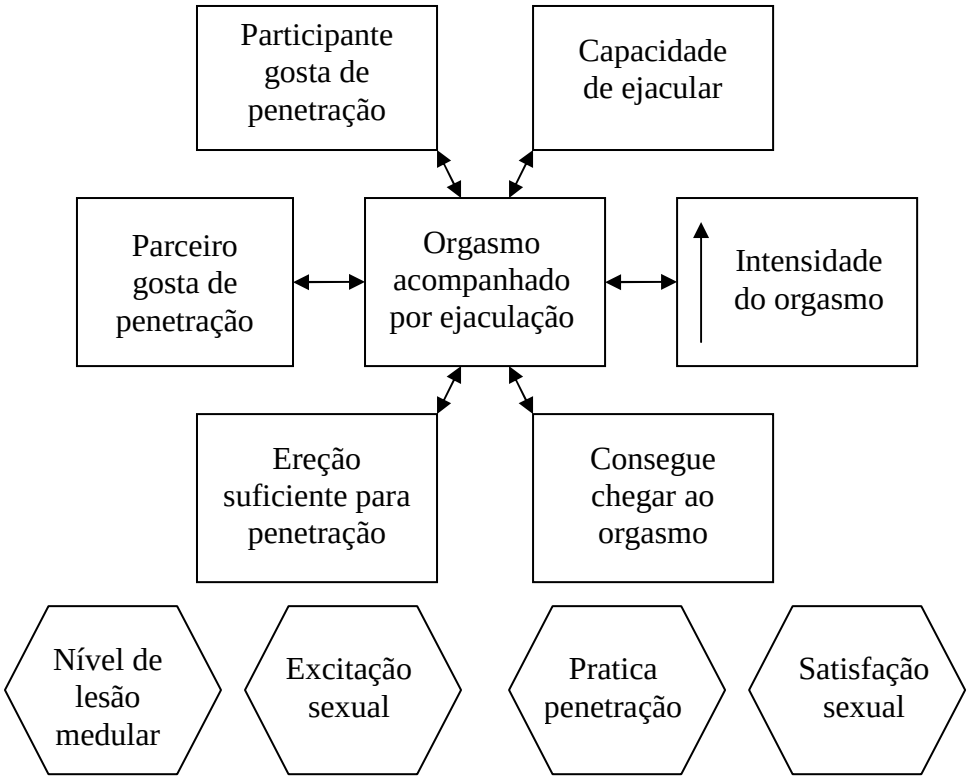
Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, a variável disposta dentro do círculo refere-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Aproximadamente 40% dos participantes como um todo relataram que o orgasmo vem acompanhado por ejaculação, sendo a incidência consideravelmente maior entre paraplégicos que entre tetraplégicos. Esta porcentagem aumenta para 70% entre aqueles que obtêm orgasmo após o incidente traumático, sendo que um em cada três tetraplégicos não souberam informar, possivelmente em decorrência das limitações físicas resultantes do nível elevado da lesão. Estes resultados diferem dos obtidos por Alexander *et al.* (1993), os quais verificaram que apenas um em cada cinco entre todos os participantes obtém orgasmo acompanhado de ejaculação (versus dois em cada cinco obtido pelo atual estudo) e, controlando-se aqueles que

obtêm orgasmo, apenas dois em cada cinco não tem disfunção ejaculatória (versus 3,5 em cada 5 obtido pelo atual estudo). No entanto, não se considerou a qualidade ou quantidade de esperma expelido, ou sua forma de expulsão, retratada por alguns entrevistados como em gotas e não em jato, como ocorria antes da lesão.

Pôde-se verificar que a capacidade de obter orgasmo acompanhado por ejaculação é moderadamente influenciada pela preservação da função sexual, principalmente em relação à capacidade de obter ereção suficiente para a prática de penetração, apesar de não ser diretamente influenciada por esta prática; fortemente influenciada pelas capacidades de obter orgasmo e ejacular e moderadamente pela percepção da intensidade do orgasmo, sugerindo que entre os participantes que tem o orgasmo acompanhado por ejaculação, o orgasmo é percebido mais intensamente. Por sua vez, esta capacidade não foi influenciada pelos níveis de lesão, excitação sexual e satisfação sexual. Os relacionamentos estão na figura 3.21.

Figura 3.21. Relações estabelecidas com a variável orgasmo acompanhado por ejaculação



As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão medular.

As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Erroneamente, alguns pesquisadores tendem a qualificar esta sensação subjetiva de prazer ou gratificação sexual como uma experiência não-normal sob diversas denominações, tais como orgasmo fantasma, para-orgasmo, orgasmo mental ou emocional, quando

vivenciado na ausência de resposta ejaculatória ou qualquer função sensitiva ou motora nos órgãos genitais (CARDOSO, 2004).

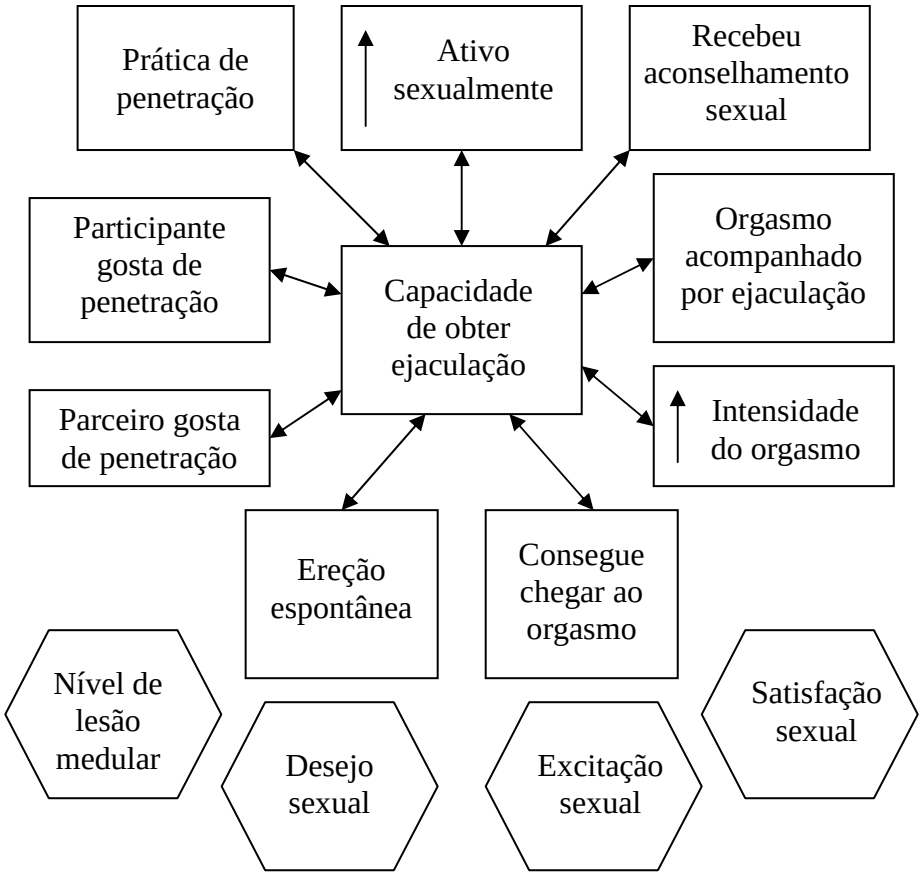
A maioria (3 em cada 5) dos participantes do atual estudo é capaz de ejacular, sendo mais freqüente entre os tetraplégicos que entre os paraplégicos, os quais apresentam número superior que afirmam não ter ejaculação, embora seja expressivo o número de entrevistados com tetraplegia que não souberam informar sobre esta capacidade. Entre os que apresentam ejaculação, grande parte afirma que é diferente de antes da lesão medular. Alguns desses resultados contrapõem os averiguados por Alexander *et al.* (1993) que apresentou somente cerca de ¼ dos participantes capazes de obter ejaculação, sendo semelhante a proporção entre os diferentes níveis de lesão e, entre os que a obtêm, todos os tetraplégicos relataram ser diferente de antes da lesão, enquanto somente metade dos paraplégicos relatou o mesmo. Em comparação ao estudo atual, foi elevado o número de paraplégicos e tetraplégicos que afirmaram não ter ejaculação ou não saber informar.

A capacidade de obter ejaculação relacionou de forma fraca com estar ativo sexualmente, sugerindo tanto que a atividade sexual influencia a capacidade de obtenção de ejaculação, quanto que a função ejaculatória preservada influencia a pessoa a ser ativa sexualmente; correlacionou moderadamente com a prática e preferência por penetração, indicando que as pessoas que gostam e praticam a penetração tendem a ser capazes de ejacular, como também, que as pessoas que ejaculam tendem a gostar e praticar a penetração; estabeleceu relação moderada com capacidade de obtenção de ereção espontânea e intensidade do orgasmo, bem como alta com a capacidade de atingir o orgasmo e orgasmo acompanhado por ejaculação, indicando que a função erétil e principalmente orgásmica preservada influenciam a função ejaculatória; finalmente, correlacionou, ainda que de forma fraca, com o fato de ter recebido aconselhamento sexual, sugerindo que a assistência profissional auxiliou, seja direta ou indiretamente, na obtenção de ejaculação.

No entanto, não se relacionou com os níveis de lesão, desejo, excitação e satisfação sexuais, sugerindo que o interesse sexual, a habilidade de se tornar excitável e estar satisfeito com a vida sexual não necessariamente influenciam a capacidade ejaculatória, nem mesmo o nível alto ou baixo da lesão, sendo o inverso também válido para todas as relações estabelecidas.

Essas relações podem ser visualizadas por meio da figura 3.22.

Figura 3.22. Relações estabelecidas com a variável capacidade de obter ejaculação



As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão medular.
As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

3.7.4. Prazer Sexual

A percepção de prazer advinda das diversas regiões do corpo alterou-se entre os períodos pesquisados, algumas de forma significativa estatisticamente enquanto outras não. Os participantes relataram que o prazer advindo da boca e pescoço aumentou sensivelmente após a lesão medular, contudo também observou-se que aumentou a percepção de prazer oriundo das orelhas, barriga, ânus e pés. Por outro lado, reportaram que o prazer originado pelo pênis, coxas e pernas diminuiu consideravelmente, apesar de também haver diminuído o prazer relacionado ao peito, aos testículos, às nádegas e outras regiões não especificadas.

Estipulada ordem, antes da lesão as regiões mais prazerosas eram: pênis, pescoço, boca, peito, testículos, orelha, coxa, barriga, perna, nádegas e ânus enquanto depois da lesão passam a ser: pescoço e boca entre as mais citadas, distantemente seguidas por pênis, orelha, peito, testículos, barriga, coxa e pernas, pés, nádegas e ânus. Se for analisar, tanto antes como

após a lesão as principais zonas erógenas localizam-se no rosto, tronco, membros superiores, com a diferença de que antes também se localizavam na região pélvica, indicando que as regiões acima da lesão além de não serem afetadas foram valorizadas, enquanto as abaixo da lesão, incluindo região pélvica e membros inferiores, foram afetadas, possivelmente em vista do número elevado de paraplégicos, com preservação das regiões acima mencionadas.

Ishibashi *et al.* (2005) afirmam que seus participantes buscam prazer em áreas corporais ainda sensitivas, contudo mencionam que metade relatou sentir prazer na região cervical, muito citada pelos participantes do atual estudo, enquanto a outra metade relatou sentir prazer nos mamilos, região especificamente não questionada pelo atual estudo.

Os resultados obtidos por este estudo corroboram em parte com os obtidos por Alexander *et al.* (1993), cujos resultados podem ser observados na tabela 3.43.

Tabela 3.43. Pesquisas conforme as diversas zonas erógenas corpóreas

	Savall (2008)		Alexander et al. (1993)
	Antes da lesão	Depois da lesão	Depois da lesão
Primeiro	**Pênis**	**Pescoço**	**Boca e lábios**
Segundo	**Pescoço**	**Boca**	**Pescoço e ombros**
Terceiro	**Boca**	Peito	Orelhas
Quarto	Peito	**Pênis**	**Pênis**
Quinto	Testículos	Orelha	Testículos
Sexto	Orelha	Testículos	Mamilos
Sétimo	**Coxa**	Barriga	Abdomen
Oitavo	Barriga	**Coxa**	**Coxa**
Nono	**Perna**	**Perna**	Nádegas
Décimo	Nádegas	Pés	Pés
Décimo primeiro	Outras	Outras	**Pernas**
Décimo segundo	Ânus	Nádegas	Ânus
Décimo terceiro	Pés	Ânus	-

Em colorido e negrito encontram-se as áreas corpóreas que modificaram significativamente entre os períodos pesquisados e em comparação com a literatura.

3.7.5. Satisfação sexual

A *satisfação sexual* diminuiu sensivelmente após a lesão medular. Este resultado corrobora, entre outros pesquisadores a serem citados ao longo deste tópico, com Cardoso (2004). Esta alteração significativa entre os períodos pré e pós-trauma independe do nível e tempo da lesão, sendo relatada tanto pelos lesionados com seqüela de tetraplegia, quanto com paraplegia, e tanto pelos indivíduos recém-lesionados como com muito tempo de lesão.

No entanto, enquanto o nível de satisfação sexual pós-lesão foi relatado por tetraplégicos e paraplégicos como igualmente reduzido, o mesmo não foi verificado em relação ao tempo de lesão, onde os participantes recém-lesionados apresentaram nível de satisfação sexual significativamente menor do que o dos participantes com muito tempo de lesão, ainda que ambos os níveis sejam inferiores ao expresso antes do incidente traumático. Estes resultados indicam que independente do nível de lesão, a satisfação sexual é afetada, embora o tempo de lesão exerça influência, uma vez que se encontra drasticamente reduzida no recém-lesionado, mas tende a aumentar com o passar do tempo, ainda que não se restabeleça completamente. Em se tratando do nível da lesão medular, Alexander *et al.* (1993) não encontraram correlação com a satisfação sexual, tal como o estudo atual.

Resultados similares, mas avaliados do ponto de vista da idade de incidência, foram verificados por Kedde e Berlo (2006) entre pessoas com deficiência física, onde as que adquiriram a deficiência quando mais velhas apresentaram níveis mais baixos de satisfação sexual e de estima corporal do que as com deficiência congênita ou que adquiriram a deficiência física quando mais jovens, sugerindo que a incidência de deficiência entre os mais velhos resulta em maiores dificuldades em aceitar o corpo deficiente e em se ajustar à sexualidade, embora se deva considerar que, por avaliarem pessoas com deficiência desde o nascimento, definiram a incidência entre os mais velhos como igual ou superior a 21 anos.

Entretanto, os pesquisadores anteriormente mencionados, verificaram que a severidade da deficiência física não exerce um grande efeito sobre a satisfação sexual ou auto-imagem sexual dessas pessoas, embora modestamente homens com deficiência severa, na qual se enquadra a lesão medular, demonstraram níveis mais baixos de satisfação e estima sexuais. Adicionalmente, verificaram que os aspectos psicológicos encontram-se entre os mais importantes para o bem-estar sexual, principalmente entre os homens que adquiriram a deficiência quando mais velhos, não se sabendo, contudo, se sentem-se bem porque estão satisfeitos sexualmente ou, inversamente, se avaliam satisfatoriamente sua sexualidade por sentirem-se bem.

Por outro lado, McCabe e Taleporos (2003) demonstraram que a severidade da deficiência tem implicações sobre a satisfação e estima sexuais, resultando em níveis mais baixos de satisfação e estima sexuais e mais altos de depressão sexual entre pessoas com deficiência severa em comparação a pessoas com deficiências moderadas ou sem deficiência, sendo consistentes com pesquisas qualitativas que verificaram que pessoas com deficiência física sentem-se menos interessantes sexualmente e que a deficiência limita seriamente sua vida sexual, portanto vivenciam dificuldades e apresentam maiores necessidades sexuais, resultando em uma vida romântica mais limitada do que a de pessoas sem deficiência física.

No presente estudo, não foram verificadas diferenças significativas referentes ao nível de satisfação sexual pós-trauma entre adultos jovens e maduros, ainda que a satisfação tenha sido expressa como mais elevada entre os jovens. Também não foram obtidas diferenças entre solteiros e casados, apesar de ser encontrado nível mais elevado entre os solteiros. Este resultado se distingue dos verificados por Phelps *et al.* (2001) ao avaliar pessoas com lesão medular e por Michael *et al.* (1994) ao analisar a população americana em geral, os quais observaram que adultos casados ou em união estável apresentam diferenças sexuais, incluindo experiências sexuais mais freqüentes e satisfatórias que adultos solteiros, encontrando-se a satisfação com o casamento, com aspectos não sexuais do relacionamento, além da freqüência de orgasmo da companheira, fortemente relacionados com a satisfação sexual (YOUNG *et al.*, 1998).

Não foram encontradas, entre os participantes deste estudo, diferença entre os praticantes e não-praticantes de atividade física esportiva, assim como não foram encontradas entre os que receberam ou não aconselhamento sexual, sendo, contudo, o suporte à saúde sexual de pessoas lesionadas um importante foco da reabilitação como um todo que, segundo Fisher *et al.* (2002), tende a resultar em melhoria na satisfação com a vida sexual, além de conferir efeitos positivos em todos os outros aspectos da função humana.

Observou-se, porém, diferença quando comparados os ativos e não-ativos sexualmente, onde os ativos expressaram elevado nível de satisfação sexual, podendo tanto indicar a insatisfação gerada pela falta de atividade sexual como a ausência de atividade sexual devido à insatisfação com a vivência da sexualidade, sendo um forte indicador da necessidade de reabilitação sexual.

A alteração entre os períodos se evidencia quando se avalia categoricamente o quanto os participantes estavam satisfeitos com sua vida sexual. A maioria dos participantes relatou estar satisfeita ou muito satisfeita sexualmente e somente uma minoria expressou insatisfação antes da lesão medular, como verificado por Alexander *et al.* (1993). Após a lesão, a maioria

ainda encontra-se satisfeita ou muito satisfeita sexualmente, contudo o número de participantes que relatou satisfação diminuiu, apesar de ainda ser o índice mais elevado em comparação aos demais estudos analisados, e aumentou consideravelmente o número de participantes insatisfeitos com sua vida sexual, como descrito por Kreuter *et al.* (1996), Phelps *et al.* (2001), Ishibashi *et al.* (2005) e Alves *et al.* (1999). Alexander *et al.* (1993), por sua vez, encontraram um número significativamente elevado de participantes insatisfeitos, bem como que reportaram indiferença ($^1/_4$) em relação à vida sexual.

Entre outros aspectos, esses resultados sugerem que, apesar da maioria das pessoas acharem que sua vida sexual é satisfatória após a lesão, tal como verificado por Phelps *et al.* (2001) e Alves *et al.* (1999), é comum a percepção de que a vida sexual era melhor antes da lesão (KREUTER *et al.*,1996).

Tabela 3.44. Pesquisas conforme satisfação sexual antes e após a lesão medular

Estudos	Antes da lesão		Após a lesão	
	Muito satisfeito ou satisfeito	Insatisfeito	Muito satisfeito ou satisfeito	Insatisfeito
Savall (2008)	**86%**	**5%**	**75%**	**23%**
Alexander *et al.* (1993)	84%	4%	35%	41%
Kreuter *et al.* (1996)	-	-	61%	22%
Alves *et al.* (1999)	-	-	60%	15%
Phelps *et al.* (2001)	-	-	56%	22%
Ishibashi *et al.* (2005)	-	-	33,3%	22%

Fisher *et al.* (2002) notou em seu estudo longitudinal que a satisfação sexual diminuiu consideravelmente logo após o trauma, refletindo no que denominaram período de assexualidade, seguido, no entanto, por aumento e manutenção da satisfação sexual, em vista do incremento e manutenção da atividade sexual durante o período em que acompanhou seus participantes (pós-lesão imediato a 18 meses). Os pesquisadores reportaram que, entre as principais preocupações sexuais dos homens lesionados, encontrou-se primeiramente a satisfação sexual de seus parceiros e em seguida a satisfação sexual pessoal. Acrescentam ainda que esses fatores preocupantes, por si só, são um forte apelo aos profissionais da reabilitação para a realização de intervenções acessíveis e efetivas visando a melhoria da sexualidade pós-lesão medular.

Phelps *et al.* (2001) também verificaram a relevância da satisfação do parceiro com o relacionamento sexual, onde participantes que perceberam que seus parceiros não estavam sexualmente satisfeitos relataram satisfação sexual baixa e menor freqüência sexual, consistindo no mais forte preditor do ajustamento sexual, e relataram o interesse dos participantes em aprender métodos para proporcionar prazer às suas parceiras e assim satisfazê-las sexualmente. Desta forma, prover educação para gerar a satisfação sexual do parceiro poderia interessar homens lesionados e inclusive contribuir para a melhoria da satisfação sexual pessoal.

Cardoso (2003; 2004), por sua vez, verificou que a capacidade auto-percepcionada de proporcionar satisfação sexual à companheira representou o principal preditor da satisfação sexual pessoal. No entanto, considerando que os participantes encontravam-se sexualmente insatisfeitos, estes resultados indicaram que a auto-exigência em satisfazer sexualmente a parceira sexual como requisito fundamental, não resultavam na satisfação sexual pessoal, mas sinalizavam a auto-realização da masculinidade.

Ao analisar as relações estabelecidas com a satisfação sexual, verificou-se que o grau de escolaridade foi um dos fatores que se relacionou moderadamente, sugerindo que pessoas instruídas tendem a estar mais satisfeitas sexualmente. Também se relacionou, de forma moderada embora inversamente, com o tempo de vida sexual ativa antes da lesão, indicando que quanto menor o tempo de vida sexual ativa no período anterior, maior a satisfação sexual pós-trauma, possivelmente porque o menor contato com a sexualidade dificulta comparações como relacionada à percepção de que a vida sexual antes da lesão era melhor.

A satisfação sexual relacionou-se inversamente com a idade de incidência da lesão, ainda que de forma fraca, demonstrando que quanto mais jovens eram quando adquiriram a lesão, maior a satisfação sexual, corroborando com Kedde e Berlo (2006), que verificaram que os participantes que adquiriram a deficiência física enquanto jovens apresentaram mais elevados níveis de estima corporal e satisfação sexual, que os que adquiriram quando mais velhos, podendo se dar entre outros motivos pelo citado acima, uma vez que por serem mais jovens poderiam ter tempo menor de vida sexual ativa anterior à lesão.

A prática de atividade sexual relacionou moderadamente com satisfação sexual, sugerindo que os participantes que tem atividade sexual estão mais satisfeitos com sua sexualidade, enquanto os participantes que não encontram-se ativos sexualmente estão insatisfeitos com a esfera sexual de suas vidas, podendo também ser interpretado como os participantes que estão insatisfeitos com sua sexualidade não procuram atividade sexual, enquanto que a satisfação com a vivencia sexual influência na busca por atividade sexual.

Tanto o nível de excitação sexual no período anterior como no posterior à lesão correlacionaram com a satisfação sexual, de forma fraca e moderada respectivamente, sugerindo que quanto mais excitados sexualmente, maior a satisfação com a sexualidade, assim como a satisfação nutre a excitação. Ressalta-se que 36% da variabilidade na satisfação sexual pode ser explicada pela variabilidade na excitação sexual pós-lesão, sendo a excitação o principal preditor da satisfação sexual pós-lesão medular.

O número de parceiros também se relacionou de modo fraco com a satisfação sexual indicando que quanto mais parcerias sexuais o participante estabeleceu, mais satisfeito sentiu-se com a sua vivência sexual, como também a satisfação favorece o estabelecimento de parcerias. De forma interessante, os participantes que acreditam que é possível fazer sexo sem penetração encontram-se entre os mais satisfeitos sexualmente, ainda que seja uma relação fraca, sendo, contudo um dos fortes preditores da satisfação sexual pós-lesão medular. McCabe e Taleporos (2003) sugerem que para a pessoa com deficiência física, outros tipos de práticas sexuais podem estar mais intimamente relacionadas com a satisfação sexual, consistindo em algo importante a ser afirmado por pesquisadores e profissionais – uma vez que enfocam a realização de intercurso –, que os comportamentos sexuais sem penetração são expressões saudáveis e válidas para a sexualidade, ainda que reconheçam que a sexualidade masculina seja genitalizada e, portanto, tenham forte propensão a realizar esse tipo de atividades, como verifica-se na relação mencionada a seguir.

A preferência por toques íntimos, de forma fraca, e por masturbação, moderada, relacionou com a satisfação sexual do participante, indicando que os lesionados que gostam de toques íntimos e masturbação consideraram sua vida sexual mais satisfatória, embora a obtenção da satisfação sexual por estimulação genital por si só não seja determinante da satisfação com a vida sexual, havendo outros fatores importantes.

A realização ou a preferência por intercurso sexual não se relacionaram com o nível de satisfação, corroborando com McCabe e Taleporos (2003), os quais verificaram inclusive que a freqüência de intercurso não prediz a satisfação sexual, contrapondo a Alexander *et al.* (1993), os quais notaram que os fatores relacionados com a satisfação foram os sentimentos do participante e de seu parceiro quanto ao intercurso sexual. Considerando que o intercurso sexual é a principal atividade sexual afetada pela lesão medular, compreende-se o panorama observado anteriormente, onde os participantes do estudo de Alexander *et al.* (1993) reportam níveis baixos de satisfação sexual.

O nível de desejo sexual também estabeleceu relação, ainda que fraca, com a satisfação sexual, permitindo inferir que quanto maior o interesse por sexo, mais elevada a

satisfação com a vida sexual, igualmente observado por Phelps *et al.* (2001) entre lesionados casados. Apesar de verificar o mesmo, esta relação ocorreu somente no período anterior à lesão na pesquisa de Alexander *et al.* (1993).

Apesar de não relacionar com a realização de intercurso sexual, a capacidade em obter ereção suficiente para realizar sexo com penetração relacionou moderadamente com a satisfação sexual, possivelmente porque se faz importante para aqueles que praticam o intercurso, que a ereção seja rígida e dure por tempo suficiente para resultar em satisfação sexual. Pesquisas anteriores encontraram uma significativa correlação entre função erétil e satisfação sexual (ALEXANDER *et al.*, 1993; PHELPS *et al.*, 2001).

A capacidade em obter orgasmo relacionou-se moderadamente com a satisfação sexual, indicando que os participantes que conseguem atingir o orgasmo têm experiências sexuais mais satisfatórias do que aqueles que não o atinge. O prazer proporcionado pelo peito relacionou com a satisfação moderadamente enquanto o prazer proporcionado pelo pênis não correlacionou, permitindo inferir que apesar da ereção e da masturbação gerar satisfação, o pênis não é uma fonte de prazer capaz de gerar satisfação sexual no indivíduo lesionado. As relações estabelecidas com a satisfação sexual podem ser visualizadas na figura 3.23.

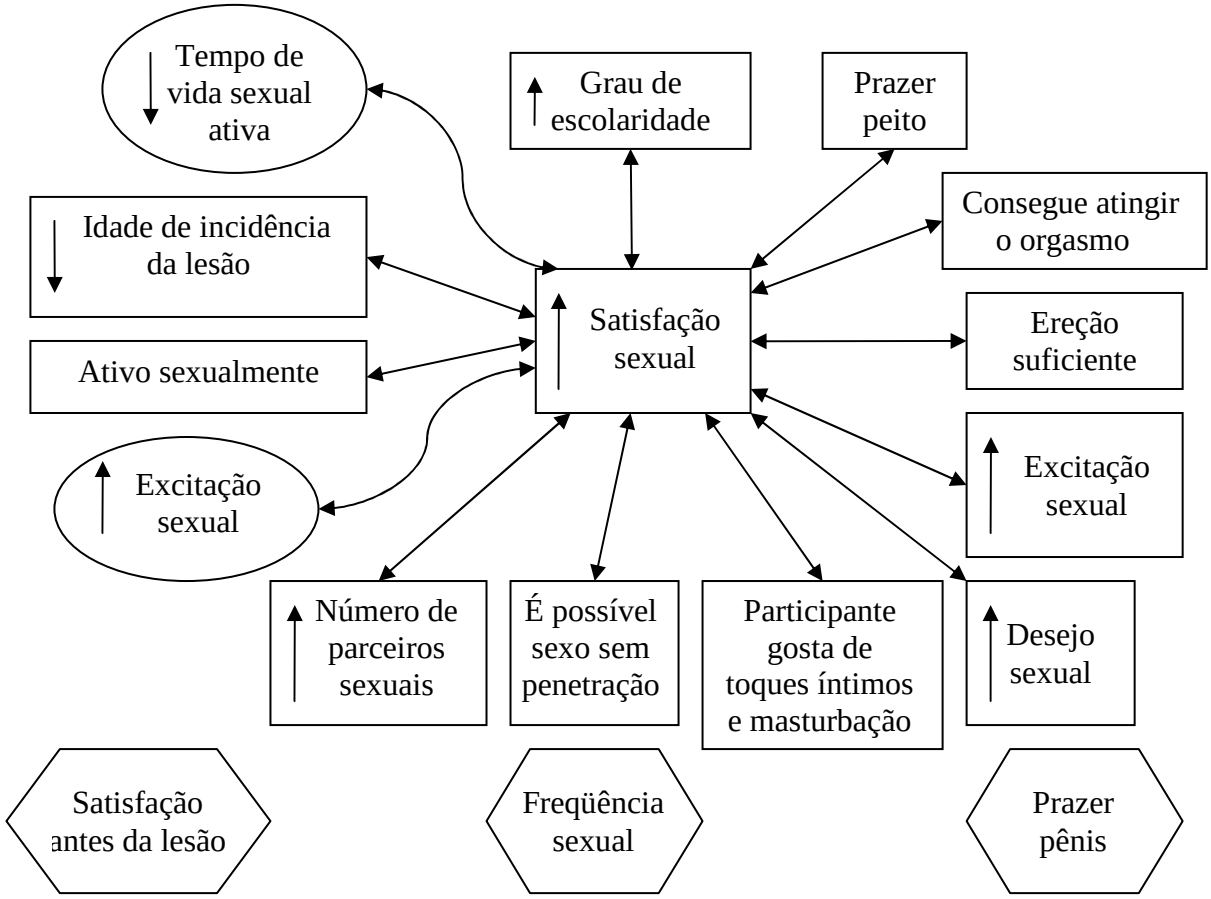
Por fim, a satisfação sexual pós-trauma não se relacionou com a satisfação sexual pré-lesão, conforme encontrado por Alexander *et al.* (1993), bem como não se relacionou com a freqüência sexual.

Phelps *et al.* (2001) pesquisou a sexualidade de homens lesionados comprometidos e observou que em relacionamentos novos a satisfação sexual tende a ser mais fortemente influenciada por função erétil, capacidade orgásmica e sensação genital, enquanto em relacionamentos de longa duração, a satisfação sexual não está somente relacionada aos fatores fisiológicos, mas fortemente associada à qualidade e satisfação com o relacionamento, satisfação do parceiro, bem como desejo sexual. Kreuter *et al.* (1996) complementarmente sugere a disposição em se envolver em uma variedade de atividades sexuais, todos exercendo papéis fundamentais na realização sexual pós-lesão medular.

Kreuter *et al.* (1996) e Ishibashi *et al.* (2005) afirmam que muitas pessoas lesionadas listaram a perda da mobilidade e sensibilidade, bem como a capacidade insuficiente de obter ou manter ereção como fatores que interferem em suas vidas sexuais. Kreuter *et al.* (1996), entretanto, verificou que a comunicação aberta e honestidade mútua foram os fatores mais listados para conservar o relacionamento sexual satisfatório, além de valer-se de um variado repertório sexual e fantasia para manter a sexualidade viva, bem como observado por Alves *et al.* (1999), os quais relataram que a capacidade criativa foi o fator declarado como mais

importante para a obtenção da satisfação sexual, sendo principalmente listado pelos participantes que se consideravam satisfeitos sexualmente, enquanto os insatisfeitos declararam que o funcionamento dos órgãos sexuais consistia no fator fundamental.

Figura 3.23. Relações estabelecidas com a variável satisfação sexual pós-lesão medular

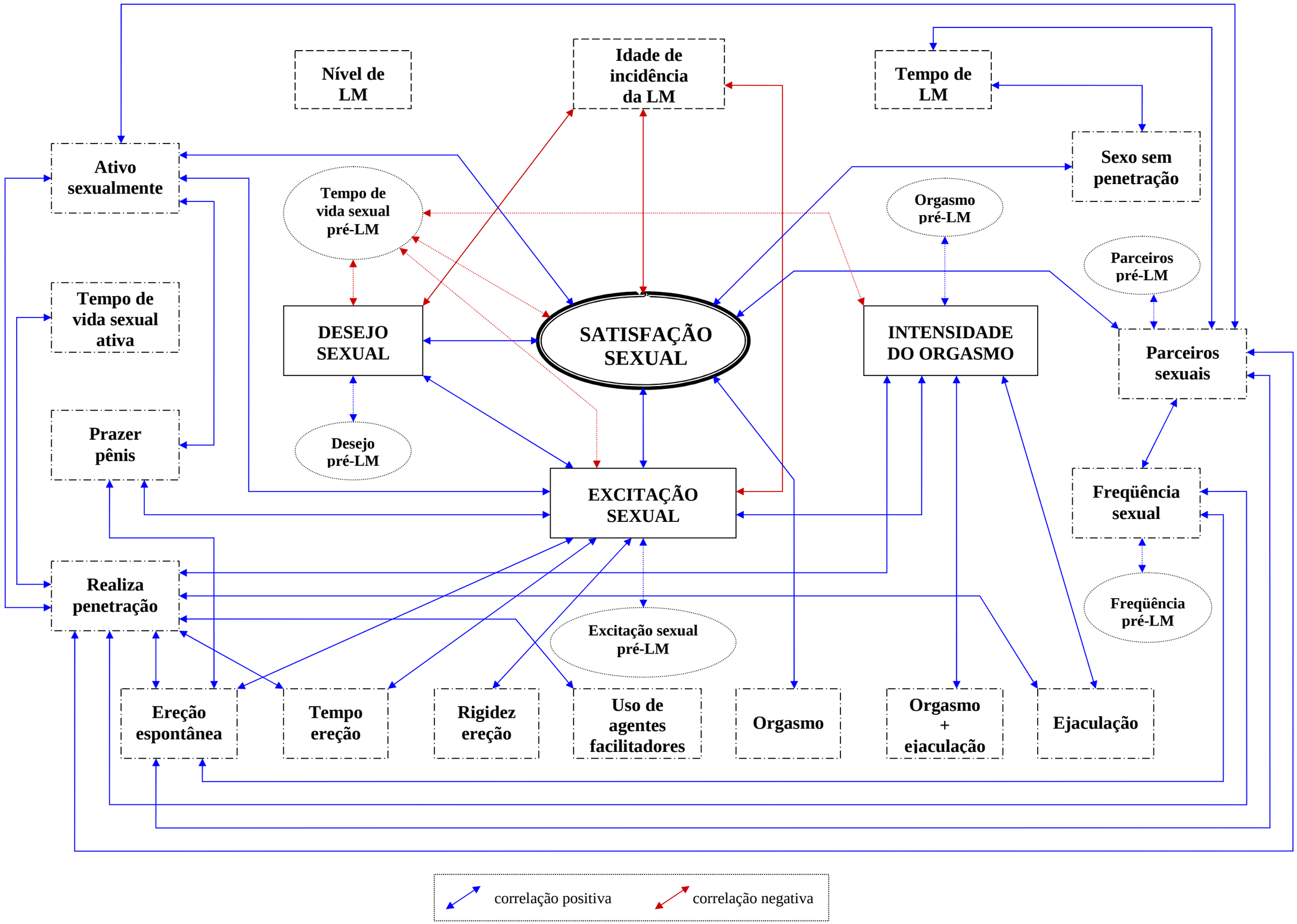


Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, as variáveis dispostas dentro de círculos referem-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

A maioria dos participantes do estudo de Alves *et al.* (1999) reportaram ter encontrado dificuldade para re(estabelecer) a satisfação sexual e o maior empecilho apontado foi a falta de orientação para retornarem à prática sexual. Alguns ainda apontaram a disfunção sexual em relação à ereção pouco resistente, tentativas malsucedidas e a frustração da parceira, delineando um panorama desfavorável para a pessoa que pretende retomar a prática sexual.

Em síntese, apresentam-se as figuras 3.24 e 3.25 que representam as principais alterações observadas entre os períodos e variáveis, bem como as correlações estabelecidas neste estudo, as quais fornecem alguns indicadores a serem trabalhados na reabilitação sexual.

			Alteração entre os períodos	Nível de lesão	Tempo de lesão	Idade	Estado Civil	Atividade sexual	Prática de atividade física	Aconselhamento sexual
COMPORTAMENTO	SEXUAL	Parcerias sexuais	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Freqüência sexual	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Beijo	×	-	-	-	-	-	-	-
		Abraço	×	-	-	-	-	-	-	-
		Sexo oral	×	-	-	-	-	-	-	-
		Toques íntimos	×	-	-	-	-	-	-	-
		Masturbação	×	-	-	-	-	-	-	-
		Penetração vaginal	×	-	-	-	-	-	-	-
		Sexo anal	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Uso de vibrador	×	-	-	-	-	-	-	-
		Outras	×	-	-	-	-	-	-	-
ORIENTAÇÃO	SEXUAL	Beijo	×	-	-	-	-	-	-	-
		Abraço	✓ ↑	-	-	-	-	-	-	-
		Sexo oral	×	-	-	-	-	-	-	-
		Toques íntimos	×	-	-	-	-	-	-	-
		Masturbação	×	-	-	-	-	-	-	-
		Penetração vaginal	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Sexo anal	×	-	-	-	-	-	-	-
		Uso de vibrador	✓ ↑	-	-	-	-	-	-	-
		Outras	✓ ↑	-	-	-	-	-	-	-
FUN	ÇÃO	Desejo	✓ ↓	✓	×	×	×	×	×	×
		Excitação	✓ ↓	✓	✓	×	✓	×	×	×
		Orgasmo	✓ ↓	×	×	×	×	×	×	×
PRAZER	SEXUAL	Boca	✓ ↑	-	-	-	-	-	-	-
		Pescoço	✓ ↑	-	-	-	-	-	-	-
		Orelha	×	-	-	-	-	-	-	-
		Peito	×	-	-	-	-	-	-	-
		Barriga	×	-	-	-	-	-	-	-
		Pênis	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Testículos	×	-	-	-	-	-	-	-
		Nádegas	×	-	-	-	-	-	-	-
		Ânus	× ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Coxa	✓ ↓	-	-	-	-	-	-	-
		Perna	✓	-	-	-	-	-	-	-
		Pés	× ↓	-	-	-	-	-	-	-
SATISFAÇÃO SEXUAL			✓	✓	×	×	✓	×	×	×


Nível de LM
Idade de incidência da LM
Tempo de LM
Ativo sexualmente
Sexo sem penetração
Tempo de vida sexual pré-LM
Orgasmo pré-LM
Parceiros pré-LM
Tempo de vida sexual ativa
DESEJO SEXUAL
SATISFAÇÃO SEXUAL
INTENSIDADE DO ORGASMO
Parceiros sexuais
Prazer pênis
Desejo pré-LM
EXCITAÇÃO SEXUAL
Freqüência sexual
Realiza penetração
Freqüência pré-LM
Excitação sexual pré-LM
Ereção espontânea
Tempo ereção
Rigidez ereção
Uso de agentes facilitadores
Orgasmo
Orgasmo + ejaculação
Ejaculação
correlação positiva
correlação negativa

Neste tópico e no anterior procurou-se analisar detalhadamente os componentes sexuais de homens com lesão medular, principalmente considerando as comparações entre os períodos e o que caracteriza os componentes sexuais posteriormente à lesão. A seguir, na conclusão, buscar-se-á delinear o perfil sexual dos homens acometidos por lesão medular objetivando a compreensão do impacto exercido pela lesão sobre a sexualidade masculina, bem como identificar os indicadores para embasar uma reabilitação sexual efetiva.

3.8. CONCLUSÃO

O perfil dos participantes pesquisados em busca de se avaliar o impacto exercido pela lesão sobre a sexualidade humana foi de adultos, em média, maduros, solteiros, escolarizados, brancos, com seqüela de paraplegia, tempo relativamente longo de lesão e paradesportistas, um perfil que muitas vezes se difere dos participantes de outros estudos, que tendem a avaliar pessoas mais jovens, menos instruídas, há pouco tempo lesionadas e não para-atletas.

Embora grande parte das características possa se assemelhar à média geral das pessoas acometidas por lesão medular, este estudo não é passível de generalizações por não se caracterizar como probabilístico. A finalidade do mesmo não foi a obtenção de estimativas relacionadas à população, mas apreender noções a respeito das alterações sexuais em homens lesionados, de modo a possibilitar a identificação dos enfoques e indicadores de uma proposta de intervenção voltada à reabilitação do âmbito sexual para homens com lesão medular.

Possivelmente a noção apreendida não é a da pessoa à qual o programa será destinado, ou seja, recém-lesionados, sendo uma das limitações deste estudo, o qual se deparou com a dificuldade de localizar estas pessoas, já que muitas não estão inseridas nos programas de reabilitação física ou socialmente, encontrando-se no interior de seus lares e, quando localizadas, deparou-se com a dificuldade de obter a concordância na participação do estudo. Por outro lado, permitiu a percepção de quais componentes da sexualidade são alterados, como as alterações se processam ao longo do tempo e, até certo ponto, sob quais influências ocorrem estas modificações, aspectos que embasarão a proposta de reabilitação sexual e respaldarão o serviço a ser prestado.

Desta forma, resultou que a *primeira experiência sexual* ocorreu em torno de 4 anos após o incidente traumático. Embora as pessoas tendam a vivenciar um período de assexualidade, geralmente têm – entre as que não tiveram antes da lesão –, ou voltam a ter

envolvimento sexual após a lesão medular. A *iniciação sexual* entre os homens que não tiveram experiência sexual antes da lesão freqüentemente ocorreu mais tardiamente, sendo ainda mais postergada pelas pessoas que sofreram o trauma enquanto adolescentes, em comparação às vitimadas enquanto crianças.

O número de *parceiros sexuais*, em comparação ao período anterior, é consideravelmente menor após a lesão medular. Este fato pode ser explicado, entre outros, por não ser influenciado pelo desejo sexual pessoal, ou seja, o interesse sexual do homem lesionado não influenciou no estabelecimento de parcerias sexuais, aspecto a ser refletido, (re)pensado e abordado nos aconselhamentos sexuais, ao poder resultar da falta de iniciativa, auto-estima reduzida ou mesmo preconceito por parte do homem com lesão medular.

Entretanto, outros aspectos também influenciam as parcerias sexuais, tal como o comportamento sexual da pessoa antes do trauma, já que as que tiveram muitos parceiros antes da lesão são mais propensas a ter muitos parceiros após a mesma, sendo o contrário também verdadeiro. O tempo de lesão medular e a experiência sexual pós-trauma também influenciam as parcerias, uma vez que as pessoas que convivem há mais tempo com a deficiência e, enquanto deficientes, mantém-se sexualmente ativos, estabelecem maior número de parcerias sexuais, embora muitas vezes o inverso, ou seja, a falta de um parceiro resulta em inatividade sexual, tanto entre lesionados como entre pessoas da população em geral.

As parcerias são desfavorecidas em decorrência da disfunção sexual. Por fim, são influenciadas pela satisfação sexual, uma vez que a satisfação com a esfera sexual de suas vidas estimula a busca por parceiros sexuais.

De forma interessante, não é influenciada pelo nível da lesão medular, indicando que embora a limitação física possa implicar em dificuldade para encontrar parceiros em potencial – caberia comparar com a população em geral –, a maior gravidade das limitações, como verificada entre as pessoas com tetraplegia, não resultam em maiores limitações no âmbito social, em comparação a pessoas com paraplegia.

A *freqüência de atividade sexual* também é sensivelmente menor após a lesão medular, reduzindo em média 50% em comparação ao período anterior. Igualmente ao estabelecimento de parcerias sexuais, a freqüência sexual não é influenciada pelo desejo sexual pessoal, isto é, o interesse por sexo suscitado pela pessoa lesionada não resulta necessariamente em maior freqüência sexual, bem como não é influenciada pelo nível da lesão, sugerindo que limitações físicas mais graves, como as apresentadas por tetraplégicos,

não influenciam a freqüência de atividade sexual além do que as limitações apresentadas pelos paraplégicos.

Por sua vez, entre os fatores que resultam em diminuição da freqüência sexual estão o número de parcerias estabelecidas, uma vez que novos relacionamentos propiciam maior freqüência sexual, e a disfunção sexual, sendo uma das responsáveis pela diminuição na realização freqüente de atividade sexual pós-lesão medular. Surpreendentemente, a gratificação sexual e a satisfação com a vida sexual não resultam necessariamente em incremento na freqüência sexual após o incidente traumático.

A prática das variadas *atividades sexuais* não modificou, ao menos de forma estatisticamente significativa, entre os períodos pré e pós-lesão medular, tanto que não houve diferença no número de atividades que compõem o *repertório sexual*, excetuando-se à atividade do sexo anal, a qual apresentou queda superior a 50% em sua prática entre os homens lesionados. No entanto, após o incidente, os participantes apresentaram um incremento nas variadas expressões sexuais, algumas relacionadas a áreas acima do nível da lesão medular, como beijar, abraçar, sexo oral, toques íntimos, masturbação, utilização de vibradores, entre outras atividades que integram o amplo repertório sexual da pessoa lesionada, não mais rico do que o do período anterior ao trauma, mas diversificado.

Ao observar diminuição da prática de penetração vaginal, percebe-se que alguns homens relataram realizar atividades distintas do intercurso sexual após o trauma, possivelmente em resultado à perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão, acometendo, entre outras áreas corporais, a região da virilha e do pênis, bem como dos diferentes níveis de disfunção erétil, uma vez que o homem com lesão medular que apresenta a capacidade erétil preservada e realiza penetração, embora tendam a obter gratificação sexual, não necessariamente tendem a ter o interesse sexual despertado, sentir-se sexualmente excitados ou encontrar-se satisfeitos sexualmente após o incidente traumático.

Diferente do que se esperava verificar, metade dos participantes relatou se expressar sexualmente após a lesão mediante número semelhante de atividades sexuais anterior ao trauma, ¼ ainda relatou diminuição no número de atividades que compõem o repertório de expressões sexuais e somente entre ¼ deles, houve ampliação do repertório sexual. O que ocorreu, no entanto, foi a modificação nas atividades realizadas, com a substituição por alguns homens lesionados da penetração, seja vaginal ou anal, por outras práticas sexuais, não indicando, contudo, a ampliação de sua forma de expressão.

Interessantemente, entre os participantes que se iniciaram sexualmente após a lesão, observou-se a formação de repertório variado, composto por um número considerável de

práticas sexuais. Pesquisas futuras poderiam melhor explorar este achado, verificando se pessoas que tiveram a iniciação sexual somente após a lesão, desenvolveram concepção mais ampla e abrangente relacionada à esfera sexual e se, por sua vez, esta definição da sexualidade influencia o comportamento, função e satisfação sexuais.

De qualquer forma esses resultados sugerem que a definição pessoal, e quando possível do casal, referente à sexualidade deve-se constituir em um dos focos da intervenção terapêutica, em busca de ampliá-la para favorecer a adaptação às implicações sexuais impostas pela patologia e conseqüente deficiência.

O *mapa amoroso*, ou seja, a atividade sexoerótica do indivíduo pode ser em parte modificado em decorrência da lesão medular, verificado diante do incremento expressivo na preferência por expressões sexuais alternativas às genitalizadas como abraço e uso de vibradores, bem como redução considerável em relação à preferência por penetração vaginal. Contudo, o aumento observado na preferência pelas demais práticas alternativas não é significativo como esperado e indicado pela literatura. Embora as modificações a serem mencionadas não apresentam valor estatístico, verificou-se por um lado valorização de atividades como toques íntimos e masturbação e, por outro, a desvalorização do sexo oral.

Os resultados indicam que os homens lesionados que optam por não realizar penetração, o fazem porque deixam de considerá-la uma atividade sexoerótica após a lesão medular, sendo o contrário também válido, possivelmente em decorrência à disfunção sexual e/ou à falta de sensibilidade no pênis, embora os homens que relataram gostar desta prática, não apresentaram tendência a encontrar-se sexualmente satisfeitos.

As conseqüências da lesão resultam em alterações no mapa amoroso, tal com a idade e as possibilidades também o fazem, contudo não consiste em uma modificação drástica, onde as pessoas passam a gostar de atividades não realizadas anteriormente. Desta forma, diante de uma nova possibilidade, algumas atividades passaram a ser realizadas e preferidas, como pode-se citar o uso de vibradores, onde os homens relataram utilizá-los não somente diante da impossibilidade em se obter ereção, até porque tal relação não foi encontrada, ou à contragosto, mas o fazem porque tanto foi-lhes despertado, quanto à sua parceira, o gosto por esta forma de estimulação e vivência sexual.

As implicações da lesão medular sobre as práticas e funcionamento sexuais geraram a expansão da definição pessoal de sexualidade, marcada não pelo incremento, mas pela variabilidade no repertório sexual e pela viabilidade de realização de sexo sem necessariamente incluir o intercurso pênis-vagina, como constatado pelo alto índice de participantes que afirmam ser viável a relação sexual ausente de penetração, embora esta

concepção não resulte necessariamente da incapacidade de obter ereção espontânea ou da ausência de prazer relacionado ao pênis.

O *desejo sexual* reduziu de forma significativa após a lesão medular, independente do tempo de incidente traumático, embora se apresente consideravelmente menor entre os recém-lesionados, mas principalmente percebido por pessoas com paraplegia. O nível de desejo no período posterior não diferiu significativamente entre adultos jovens e maduros, solteiros e casados, ativos e não-ativos sexualmente, praticantes e não praticantes de atividade física e, sobretudo, entre os que receberam ou não aconselhamento sexual, indicando que as informações fornecidas não estão sendo efetivas, ao menos em se tratando do incremento do interesse sexual no homem com lesão medular.

Para compreender esta alteração, observou-se a qualificação do desejo pelos participantes e decorre que um número predominante de participantes o considera de moderado a alto tanto antes quanto após a lesão medular. No entanto, enquanto no período anterior a maioria o considerava alto, no posterior grande parte o considera apenas moderado. Também verificou-se que o índice de disfunção do desejo sexual hipoativo ou ausente triplicou entre os períodos pesquisados, embora seja consistente com o índice relatado pela população em geral.

O desejo sexual pós-lesão sofreu influência de vários fatores, entre eles, do interesse sexual pré-incidente traumático, idade de incidência do trauma, prática de masturbação, preferência por sexo oral e nível de satisfação sexual, todos pós-trauma. Embora esperado, não foi influenciado pelo nível de lesão, função sexual preservada, amplo repertório sexual, concepção da atividade sexual dissociada do intercurso ou aconselhamento sexual.

Ao ser realizada uma análise entre o desejo, o tempo de lesão e a iniciação sexual pós-trauma, verificou-se que o mesmo diminui após a lesão, possivelmente em decorrência de outras preocupações prioritárias, decresce ainda mais, provavelmente devido ao período de assexualidade, aumenta sensivelmente, coincidindo com o retorno ou início da atividade sexual e volta a decrescer, provavelmente em resultado a se deparar com as dificuldades sexuais. Ressalta-se, no entanto, que consistiu em uma análise superficial, com inferências baseadas nas entrevistas realizadas, cabendo seu aprofundamento com controles mais adequados em estudos posteriores, sugerindo-se pesquisas longitudinais.

A *excitação sexual* sofreu alteração entre os períodos pesquisados, apresentando diminuição considerável após o trauma. Esta redução independe do nível e tempo de lesão, embora se apresente drasticamente reduzida logo após a lesão medular. Ainda que permaneça significativamente inferior em relação à excitação percebida no período anterior, o tempo

favorece o aumento da excitabilidade, uma vez que age sobre o ajustamento psicológico à deficiência e sexualidade.

Os adultos jovens e os ativos sexualmente apresentaram níveis de excitação significativamente maiores que os adultos maduros e os não-ativos, sugerindo que tanto os homens lesionados não estão ativos sexualmente devido ao baixo nível de excitação, quanto os mesmos percebem-se menos excitáveis por não estarem ativos sexualmente.

É bem provável que os aconselhamentos sexuais não estão sendo eficientes para o incremento da excitação sexual em homens lesionados, ainda que os agentes facilitadores e técnicas para obter e/ou manter a ereção estejam entre os assuntos abordados nos mesmos ou considerando que uma das principais motivações para se buscar aconselhamento médico é a disfunção erétil. Várias hipóteses podem ser levantadas em busca de possíveis explicações para essa ocorrência, podendo resultar do fato das informações serem transmitidas em um momento, no qual as pessoas ainda não apresentam condições ou estejam preparadas para absorvê-las; dificuldade em colocar em prática os ensinamentos recebidos, entre outros motivos por apresentarem-se teóricos, sendo necessário que sejam de aplicação prática; ou, ainda, devido à centralização na disfunção erétil, não explorando medidas que visem a melhoria da capacidade de se tornar sexualmente excitado, como reivindicado pelos participantes do grupo interdisciplinar de apoio conduzido pelo Estudo 3.

No período anterior à lesão, a grande maioria dos homens reportou nível alto de excitação. No período posterior, contudo, houve queda de 50% nesta qualificação, aumentando em quatro vezes o número de homens que a considera moderada. Verificou-se ainda que um em cada cinco participantes relatou disfunção em relação à excitação, apresentando-a baixa ou inibida, enquanto anteriormente não foi registrado um único caso.

Entre os fatores que influenciam a excitabilidade sexual pós-incidente traumático encontram-se: grau de escolaridade, onde os mais instruídos tendem a apresentar índices mais elevados de excitabilidade; estado civil, onde os solteiros relataram os maiores índices; idade de incidência da lesão, onde os participantes que se acidentaram mais velhos tiveram propensão a reportar baixos índices de excitação; excitação e orgasmo pré-incidente, onde quanto maior a excitação e mais intensos os orgasmos antes da lesão, maior a excitabilidade após o trauma; prática de masturbação, a qual parece contribuir para o incremento da excitação; desejo sexual, onde os mais interessados por sexo sentem-se mais excitados sexualmente; função sexual preservada após o trauma, a qual propicia excitabilidade sexual; prazer relacionado ao peito e pênis, possivelmente devido a estimulação dessas zonas erógenas favoreceram a excitação e, por fim, satisfação sexual, que alimenta a mesma,

embora o inverso de cada afirmação também seja válida, ou seja, a excitação sendo a fonte de estímulo das mesmas.

A *resposta sexual de orgasmo* reduziu significativamente após o incidente traumático. Esta redução independe do tempo de lesão medular, sendo a sensação de orgasmo alterada tanto entre os recém-lesionados quanto entre os homens há tempos com a deficiência. Entretanto, foi percebida, sobretudo, pelas pessoas com paraplegia. Não se observou diferença na percepção do orgasmo entre os solteiros e casados; homens lesionados com menos de 30 anos ou com idade superior; praticantes e não praticantes de atividade física desportiva; e, por fim, entre os que receberam ou não aconselhamento sexual, sendo que em todas essas situações o orgasmo foi relatado como sensivelmente diminuído.

A disfunção orgásmica no período posterior à lesão acometeu um número cinco vezes maior em comparação ao período anterior à lesão, sendo sete vezes mais elevado que o índice verificado entre os homens brasileiros.

Observou-se que a intensidade do orgasmo após a lesão medular foi influenciada pela intensidade do mesmo e experiência sexual prévios ao incidente, excitação sexual pós-lesão, práticas de masturbação e penetração, sendo que as disfunções erétil e ejaculatória resultaram em menor percepção do orgasmo por homens com lesão medular. Por outro lado, o desejo ou satisfação sexual não contribuíram essencialmente para a obtenção de orgasmos intensos.

Somente metade dos homens lesionados foi capaz de obter orgasmo acompanhado por ejaculação, especialmente em se tratando dos participantes com seqüela de tetraplegia. Contudo, um em cada três homens que obtêm orgasmo reportou não ser acompanhado por ejaculação. Esta capacidade é influenciada pela preservação da função sexual, embora não essencialmente influenciada pela prática do intercurso, nível da lesão, níveis de excitação ou satisfação.

A função erétil foi avaliada pautada em três quesitos: capacidade de obtenção de ereção espontânea, manutenção da mesma, possibilitada pela rigidez do órgão, e tempo de permanência. Em termos de obtenção de ereção espontânea, a maioria dos homens a obtêm, sendo que a disfunção referente a este específico quesito afeta um em cada seis homens com lesão medular. Embora esta disfunção acometa um número semelhante de pessoas da população em geral, tanto brasileira quanto americana, foi quatro vezes maior em comparação ao relatado pelos participantes no período anterior ao trauma.

Com relação ao tipo de estímulo capaz de gerar a ereção após o incidente traumático, resultou que metade dos homens apresenta ereção oriunda de estímulos reflexos e

psicogênicos, cerca de um em cada cinco obtêm somente por meio de estímulos manuais e uma minoria a obtêm apenas por meio de estímulos mentais.

Referente à manutenção da função erétil, a maioria dos homens a mantém rígida o suficiente de modo a propiciar a penetração e metade a mantém pelo tempo necessário. Um em cada três homens, entretanto, não é capaz de mantê-la por tempo suficiente, sendo os paraplégicos mais propensos a conseguir mantê-la, enquanto metade dos tetraplégicos declarou que o tempo de permanência da ereção é insuficiente para o intercurso sexual.

Um em cada quatro homens com lesão medular utiliza dispositivos ou agentes facilitadores para a obtenção e/ou manutenção da função erétil, sendo que, entre os que os identificaram, afirmaram usar medicamentos, seja em comprimido ou injetável. Apesar do uso favorecer a prática de penetração, esses participantes não se encontram necessariamente satisfeitos com a vida sexual, possivelmente pela satisfação com a vida sexual não resultar da melhoria da função erétil.

A maioria relatou ser capaz de obter ejaculação, mais freqüente entre os homens com seqüela de tetraplegia. Entretanto, grande parte afirma que é diferente de antes da lesão, tanto na forma de expulsão – em gotas e não em jato –, quanto na menor quantidade, como verificado nas entrevistas.

O prazer proporcionado pelas diversas zonas erógenas alterou-se entre os períodos pesquisados. Sobretudo, o prazer advindo da boca e pescoço aumentou de forma apreciável, enquanto do pênis, coxa e pernas diminuiu sensivelmente, indicando que a sensibilidade nas regiões acima do nível da lesão aguçou-se e, em contrapartida, as regiões corpóreas abaixo da lesão foram desvalorizadas, apesar de ser expressivo o número de participantes que sentem prazer proporcionado pelo pênis, principalmente considerando que há maior índice de participantes com lesão torácica, embora a magnitude da lesão não tenha sido averiguada.

O nível de satisfação sexual diminuiu consideravelmente após a lesão medular, independente do nível e tempo de lesão, embora tenha sido reportado ainda mais reduzido entre os recém-lesionados, indicando que o tempo exerce influência sobre a satisfação com a vida sexual.

Para estar satisfeito sexualmente após a lesão não depende da idade, estado civil, prática de atividade física ou aconselhamento sexual, enquanto depende de estar ativo sexualmente, uma vez que os não ativos relataram níveis mais baixos de satisfação. Estar sexualmente satisfeito é influenciado por nível mais elevado de instrução escolar, menor tempo de vida sexual ativa antes da lesão, menor idade de incidência da lesão, níveis mais elevados de desejo e excitação sexuais, sendo este último o principal fator que prediz a

satisfação sexual. Também foi influenciado pelo maior número de parceiros, sendo que os que acreditam que é possível fazer sexo sem penetração encontram-se entre os mais satisfeitos, também se configurando em importante preditor e, por fim, pela capacidade de atingir o orgasmo. A função erétil e ejaculatória, tampouco o prazer proporcionado pelo pênis influenciaram a satisfação com a vida sexual entre os homens com lesão medular.

Igualmente à excitação, a grande maioria relatou estar muito satisfeita com a esfera sexual de suas vidas no período anterior à lesão. Este índice é reduzido basicamente à metade no período posterior à mesma, sendo elevados os índices dos homens que relataram estar somente satisfeitos ou mesmo insatisfeitos sexualmente. A insatisfação sexual é cinco vezes maior após o trauma, acometendo um em cada quatro homens lesionados.

Estes resultados são válidos como alerta aos profissionais que assistem a essa população e como apelo para que a assistência a esses pacientes também seja voltada ao âmbito sexual, uma vez que a satisfação sexual pessoal e do parceiro sexual são fortes identificadores para o encaminhamento e ingresso em programas que enfoquem a sexualidade. Ao considerar os fatores que predizem a satisfação sexual – capacidade de se tornar excitável e possibilidade de realização de atividade sexual sem necessariamente haver penetração –, é relevante que os programas de aconselhamento e reabilitação sexual se orientem, entre outros aspectos, para o desenvolvimento destas habilidades, sendo uma de suas vertentes a ampliação da definição pessoal de sexo e sexualidade, contribuindo para esta concepção a diversidade de expressões sexuais.

4. ESTUDO 2. AUTO-ADAPTAÇÃO SEXUAL POR HOMENS COM LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA

A finalidade deste segundo estudo foi de analisar a assistência prestada no âmbito da sexualidade, bem como compreender o fenômeno da auto-adaptação sexual por homens com lesão medular adquirida, uma vez que pressupõe-se que a lesão medular resulta em modificações e limitações no âmbito sexual e, na ausência de intervenção especializada, os homens acometidos pela mesma procuram ajustar-se e se auto-adaptam à sexualidade. Esta análise viabilizou-se pela percepção do impacto da patologia na vida e especificamente no contexto sexual dos homens com lesão medular e identificação das habilidades adquiridas com a vivência da sexualidade, destacando as similaridades e particularidades desse processo, buscando construir um modelo conceitual sobre o fenômeno pesquisado.

4.1. METODOLOGIA

Este estudo qualiquantitativo adotou a metodologia fenomenológica, uma vez que objetivou compreender como os homens com lesão medular adquirida se auto-adaptam sexualmente após a lesão medular.

A abordagem qualitativa teve por finalidade mensurar construtos com obtenção de dados a partir da aplicação do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA (Anexo C), estatisticamente tratados, enfocando o nível de auto-adaptação sexual pós-lesão medular e o processo de aconselhamento sexual dentre os participantes que a receberam.

Já a abordagem qualitativa, que enfoca a essência dos fenômenos, objetivou a busca do significado da experiência vivenciada pelos participantes do estudo do processo de auto-adaptação sexual, considerando que a sexualidade e seus componentes são afetados pela lesão

e que não houve, à época, orientação profissional adequada, sendo que ainda carecem de serviço especializado (THOMAS; NELSON, 2002).

A fenomenologia foi adotada por constituir-se em uma possibilidade de estudo de fenômenos ligados ao ser humano, a qual busca descrever como o mundo se dá para quem o percebe, sendo utilizada com a finalidade de interpretar e compreender a vivência, a história, os valores e a cultura, ou seja, fenômenos situados no cotidiano dos participantes, buscando significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, constituindo-se na ciência da descrição e interpretação dos fenômenos (KLEINMAN; BENSON, 2006; MOREIRA, 2004).

A análise de conteúdo categorial temática foi empregada para a organização, análise e interpretação dos temas do discurso transcrito objetivando uma leitura crítica e aprofundada, auxiliar à análise fenomenológica.

4.2. PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 62 homens com diagnóstico clínico de lesão medular adquirida, 57 compondo a investigação quantitativa e 14 a qualitativa, com maioridade e apresentando cognitivo preservado, os quais tiveram ou não experiência em qualquer tipo de atividade sexual depois da lesão medular, uma vez que o processo da auto-adaptação sexual é considerado como um todo, desde o período imediatamente posterior à lesão, sendo analisados, no caso de pessoas que não tiveram experiência sexual após a lesão, os motivos para a ausência de vivência sexual, podendo expressar a dificuldade na readaptação à sexualidade pós-incidente traumático.

4.3. INSTRUMENTAÇÃO

As informações foram obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas, formuladas pela pesquisadora ou adaptada de outros estudos.

4.3.1. Etnografia Clínica

A etnografia clínica corresponde a um instrumento de pesquisa de perspectiva antropológica, utilizado na área da saúde para estudar a cultura dos pacientes, fator crucial no diagnóstico, tratamento e cuidado, potencializando a prestação de assistência clínica (KLEINMAN; BENSON, 2006). Adaptada do Modelo Explanatório de Pesquisa de Kleinman (2006), este instrumento semi-estruturado contém questões abertas que exploram as crenças, valores, sentimentos, pensamentos e perspectivas relacionados à patologia e à deficiência física, e seu impacto sobre a sexualidade, encontrando-se no Anexo G.

4.3.2. História de Vida Sexual

Corresponde a uma entrevista, não estruturada, uma vez que o entrevistador a partir de um tema definido tem a liberdade para conduzi-lo conforme considera adequado na modalidade focalizada, cabendo ao mesmo incentivar o entrevistado a discorrer sobre o assunto estabelecido, podendo interagir com o participante sugerindo tópicos a serem explanados, uma vez que a pesquisa visa desenvolver hipóteses sobre aspectos de uma determinada experiência.

Quanto ao conteúdo da entrevista, trata-se de uma história de vida, onde o entrevistador interage constantemente com o entrevistado com o objetivo de retratar as experiências vivenciadas pelas pessoas com lesão medular de forma retrospectiva, sendo neste estudo utilizada a história de vida tópica, que retrata uma experiência específica, de modo a refletir, a partir da visão individual, a dimensão coletiva (BONI; QUARESMA, 2005; LAKATOS; MARCONI, 2007).

4.3.3. Aparelho para Gravação de Áudio

Utilizou-se para gravação o aparelho *Digital MP3 Player MusicStick* com gravador de voz digital de alta qualidade e pendrive, possuindo memória interna de 512 Mb, armazenando arquivos de dados *som wave*, com capacidade para 40 horas e funcionando com 1 pilha AAA.

4.3.4. Software IBM Via Voice

O IBM ViaVoice™ para Windows Release 9.0. (Copyright 1996, 2001) é um software de reconhecimento e sintetização de voz em português, que permitiu à pesquisadora ditar ao invés de digitar as informações gravadas digitalmente.

4.4. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este segundo estudo, que teve por finalidade perceber, interpretar e compreender a vivência, história, valores e cultura, ou seja, fenômenos situados no cotidiano dos participantes, buscando a percepção dos participantes quanto às experiências sexuais posteriores à lesão medular, iniciou-se em maio de 2007 e contou com a participação de pessoas que compuseram o primeiro e o terceiro estudos, os quais foram convidados a dar continuidade à pesquisa.

As pessoas foram informadas sobre a natureza e objetivos dessa segunda etapa da pesquisa e, uma vez que aceitaram participar, foram agendadas as entrevistas individualmente conforme disponibilidade dos participantes, não se fazendo necessário assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo E), já que o haviam assinado anteriormente.

Os participantes, contudo, foram informados sobre a necessidade em se efetuar a gravação digital e posterior transcrição das entrevistas para o registro das informações e, havendo aceitação, seguia-se à assinatura do *Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações*, disponível no Anexo F, exceto por aqueles que já haviam assinado na etapa qualitativa do Estudo 1.

Durante as entrevistas realizou-se a história de vida sexual e a etnografia clínica, sendo assegurada a privacidade, ocorrendo em um local reservado, bem como garantiu-se a confidencialidade e o anonimato ao não identificá-los nas transcrições.

As informações foram transcritas para o Microsoft Office Word XP versão 2003 com o auxílio do Software IBM ViaVoice para Windows Release 9.0, sem constar a identificação dos participantes, sendo armazenadas no mesmo computador utilizado para armazenamento dos dados do estudo anterior, e analisadas somente pela pesquisadora. Ao final do estudo foram disponibilizadas aos participantes ou destruídas.

4.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Realizou-se análise interpretativa fenomenológica das informações colhidas por meio das entrevistas, onde foram aplicadas a etnografia clínica e história de vida sexual, característico deste estudo, bem como mediante aplicação qualitativa do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA, Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada, peculiares ao Estudo 1 e, por fim, mediante grupo focal, constitutivo do Estudo 3.

A análise interpretativa fenomenológica ocorreu mediante etapas definidas pela pesquisadora e segundo critérios adotados por Rigotto e Gomes (2002): aquisição das informações junto aos participantes, transcrição das informações, recorrência validando a transcrição junto aos envolvidos, descrição do fenômeno, redução fenomenológica com seleção das informações essenciais amplificadas para análise, interpretação verificando os aspectos críticos entre descrição e redução como são compreendidos, como também a construção de um modelo conceitual, considerando a interpretação das pessoas diretamente envolvidas, neste caso, os homens com lesão medular adquirida que vivenciam/vivenciaram o processo da auto-adaptação sexual.

Para favorecer a análise fenomenológica, empregou-se a análise de conteúdo, resultando em categorização.

4.6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados e respectivas discussões. A capacidade do participante em se adaptar à sexualidade alterada em decorrência da lesão medular foi mensurada e analisada segundo as variáveis do estudo em busca de se analisar o fenômeno.

Desta forma, inicialmente observou-se como a adaptação sexual foi qualificada pelos entrevistados. Os resultados obtidos são apresentados na tabela 4.1.

Tabela 4.1. Qualificação do nível de adaptação sexual pós-lesão

Nível de adaptação sexual	***f***	**%**
Completamente adaptado	7	12,3
Nível alto	16	28,1
Nível moderado	20	35,0
Nível baixo	9	15,8
Não se adaptou	4	7,0
Não responderam	1	1,8

O processo de aceitar e aprender a lidar com a sexualidade alterada pela lesão medular, na maior parte das vezes sem auxílio profissional, foi completamente atingido por somente um em cada oito participantes, sendo inclusive valorizada por alguns, como no relato: *"sexo é bom, sexualidade é divina, dou graças a Deus que ela pode ser modificada, que pode acontecer coisas diferentes"*.

Quatro em cada cinco apresentaram diferentes níveis de adaptação sexual, entre alto e baixo, enquanto aproximadamente um em cada quatro reportaram não ter-se adaptado à sexualidade modificada em decorrência à lesão medular ou, ainda, à deficiência física resultante, como verificado no relato de um dos participantes, o qual apresenta cerca de 30 anos de lesão medular:

> *após a lesão eu aceitei a deficiência, ia fazer o quê? Não aceitar não ia fazer as coisas voltarem a ser como era antes [...] mas não me adaptei sexualmente após a lesão, tenho uma série de bloqueios, tenho vergonha da parte debaixo comprometida pela deficiência, não vou sujeitar meu parceiro ao constrangimento. Acredito que deva ser romântico e isso acabaria com qualquer romantismo.*

Este último resultado corrobora com os achados de Alexander *et al.* (1993), os quais observaram que uma porção substancial reconheceu ter dificuldades relacionadas ao ajustamento sexual, bem como familiar. Complementarmente, observaram que ¾ dos participantes crêem que sua deficiência afeta negativamente a qualidade de seus relacionamentos sexuais e metade ainda acredita que afeta de forma negativa a capacidade de criarem filhos.

A capacidade de adaptação sexual foi verificada considerando-se a comparação entre algumas variáveis deste estudo, sendo seus resultados dispostos na tabela 4.2.

Tabela 4.2. Nível de adaptação sexual pós-lesão medular conforme variáveis da pesquisa

Nível de lesão	***Paraplégico***	***Tetraplégico***
N	41	12
X	6,37	5,83
Dp	2,83	2,623
Teste t independente	.608	
gl	19,140	
p	.551	
Tempo de lesão	***Pouco tempo de lesão***	***Muito tempo de lesão***
n	13	41
x	4,62	6,98
Dp	2.84	2,48
Teste t independente	-2,891	
gl	52	
p	**.006**	
Idade de incidência da lesão medular	***Até os 21 anos***	***Acima de 21 anos***
n	30	23
x	7,23	5,61
Dp	1,98	3,08
Teste t independente	2,337	
gl	51	
p	**.023**	
Idade	***Adulto jovem***	***Adulto maduro***
n	29	25
x	6,62	6,24
Dp	2,61	2,758
Teste t independente	-.521	
gl	52	
p	.605	
Estado civil	***Solteiro***	***Casado***
n	33	23
x	7,15	5,22
Dp	2,28	3,03
Teste t independente	-2,727	
gl	54	
p	**.009**	
Aconselhamento sexual	***Recebeu***	***Não recebeu***
n	25	29
x	6,60	6,10
Dp	2,80	2,730
Teste t independente	-.658	
gl	50.434	
p	.514	

Tabela 4.2. Continuação.

Atividade sexual	***Ativo***	***Não-ativo***
n	47	8
x	6,21	6,88
Dp	2,81	2,53
Teste t independente	.623	
gl	53	
p	.536	
Prática esportiva regular	***Pratica***	***Não pratica***
n	39	17
x	6,44	6,18
Dp	2,56	3,25
Teste t independente	-.321	
gl	54	
p	.750	

Não se observou distinção entre os níveis alto e baixo de lesão medular na capacidade de adaptação à sexualidade pós-trauma, ou seja, tanto pessoas com seqüela de paraplegia quanto com tetraplegia relataram níveis semelhantemente moderados de adaptação sexual, embora o nível tenha se apresentado um pouco mais elevado entre tetraplégicos, apesar da maior severidade de suas limitações físicas, evidenciando haver outros aspectos envolvidos, além da (in)capacidade física (MAIOR, 1988).

Também não se notou diferença entre a capacidade de adultos jovens e maduros em se adaptar, isto é, tanto os mais jovens quanto os mais maduros reportaram níveis moderados de adaptação sexual, apesar de ter-se apresentado um pouco mais elevado entre os jovens.

Ao se comparar os participantes que receberam aconselhamento voltado à esfera sexual e os que não receberam, observou-se não haver diferença significativa, ambos reportando índices moderados de ajustamento. Estes resultados indicam que a assistência que vem sendo prestada, embora possa cumprir seu papel elucidativo, não tem contribuído para o ajustamento do homem lesionado à sexualidade adaptada.

Não foi relevante a diferença entre ativos e não-ativos sexualmente quanto à capacidade de adaptação, ou seja, a percepção não foi alterada pela presença ou ausência de atividade sexual, apesar de que os ativos demonstraram índices mais baixos de adaptação à sexualidade pós-trauma.

Por fim, não foi acentuada a diferença entre praticantes e não-praticantes de atividade física desportiva, embora os praticantes tenham reportado índices mais altos, podendo sugerir que a prática de atividade física, embora não se configure em um fator crucial, auxilie na

capacidade de adaptação sexual, possivelmente por favorecer a inserção social e a melhoria da auto-estima (WINNICK, 2004).

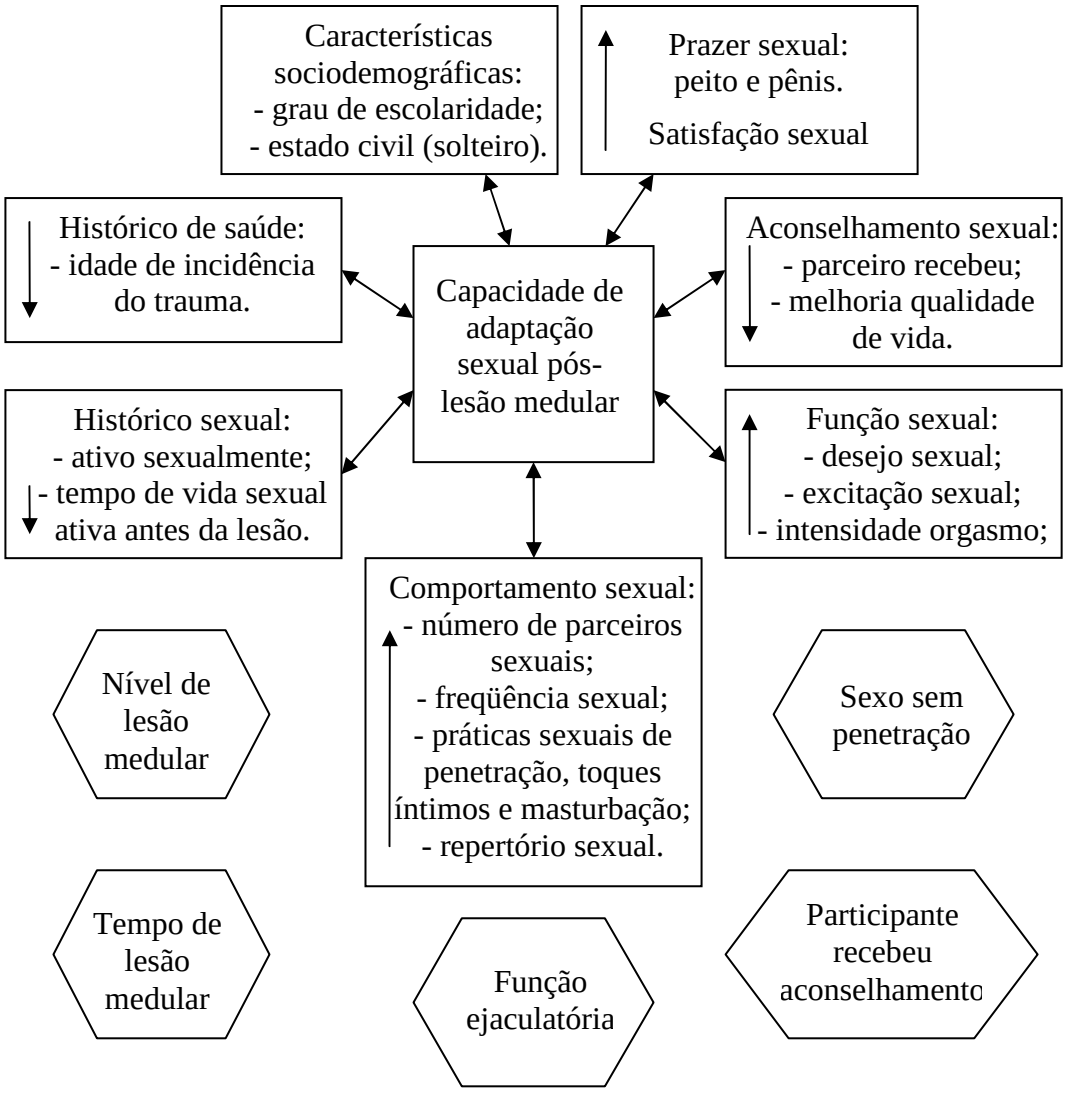
Entretanto, a capacidade de se adaptar sexualmente diferenciou-se consideravelmente conforme o tempo de lesão medular, uma vez que os participantes com muito tempo de lesão apresentaram índices mais elevados de adaptação sexual que os recém-lesionados, sugerindo que o tempo de lesão é um importante fator para a adaptação sexual, como verificado por Phelps *et al.* (2001) e relatado pelos participantes: *"há mais de 20 anos trilho esse caminho [...] hoje em dia estou bem resolvido sexualmente, apesar das dificuldades iniciais [...]"*.

Também encontrou-se diferença significativa referente à idade de incidência da lesão, uma vez que os participantes que a adquiriram durante a infância ou adolescência apresentaram índices mais altos de adaptação que os participantes que a adquiriram enquanto adultos corroborando com Valtonen *et al.* (2006), o qual afirma que a idade de incidência da lesão afeta o ajustamento sexual de homens lesionados e Kreuter *et al.* (1996), que afirma que a idade jovem exerce papel positivo no ajustamento sexual por pessoas lesionadas. Por fim, encontrou-se diferença ao considerar o estado civil, onde os participantes solteiros declararam estar mais adaptados sexualmente do que os casados.

O nível de adaptação sexual dos participantes relacionou-se com uma variedade de variáveis deste estudo e serão apresentadas por categorias temáticas representando os componentes da sexualidade humana, podendo ser melhor visualizada por meio da figura 4.1, seguindo-se a partir das características sociodemográficas no sentido anti-horário.

Esta capacidade está relacionada a uma série de fatores, tais como a características sociodemográficas dos participantes, histórico de saúde e sexual, componentes da sexualidade humana. Desta forma, ao que se refere às características sociodemográficas observou-se que a capacidade de adaptação relacionou com o grau de escolaridade (r=.318*; p=.017), indicando que os participantes com melhor nível de instrução educacional tendem a apresentar elevados níveis de adaptação sexual, contrapondo ao verificado por Kreuter *et al.* (1996). Correlacionou com o estado civil atual (r=-.335**; *p*=.012), como verificado anteriormente, sugerindo que os solteiros apresentam tendência a declarar altos níveis de adaptação.

Figura 4.1. Relações estabelecidas com a variável capacidade de adaptação sexual pós-trauma



As variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, enquanto as variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável central.

Referente ao histórico de saúde e sexual, a adaptação sexual correlacionou com a idade de incidência da lesão (r=-.344*; *p*=.012), indicando que os participantes que a adquiriram mais jovens tendem a se adaptar melhor à sexualidade pós-lesão medular, como verificado anteriormente. No entanto, não houve correlação com o nível (r=-.081; *p*=.563) e tempo de lesão medular (r=.144; *p*=.297), o primeiro aspecto também verificado por Kreuter *et al.* (1996). No entanto, não confirma os achados científicos de McCabe e Taleporos (2003), que demonstraram que as pessoas que experimentam sua deficiência física por um longo tempo relatam sentimentos mais positivos a respeito de sua sexualidade, mesmo que a deficiência seja ou se torne mais severa.

Correlacionou com atividade sexual atual (.397**; *p*=.002), sugerindo que os ativos sexualmente tendem a se encontrar mais adaptados sexualmente que os não-ativos, indicando tanto que a falta de atividade dificulta a capacidade de adaptação, quanto que a dificuldade de adaptação resulte em ausência de atividade sexual, como constatado nas entrevistas:

> *"desde a lesão... tem dois anos e meio, não tive nenhuma experiência sexual ainda [...] até quando ainda tava lá (na reabilitação), eu tive um lance com uma guria, também tava em tratamento, mas não rolô nada assim... ".*

> *"já tem uns três anos que eu não tenho relações sexuais com ninguém. Hoje eu sei que ela (esposa) ainda tem tesão por mim, ela me procura, mas não dá... não tem como, seria muita hipocrisia eu fingir pra agradar ela, eu também preciso sentir prazer e se eu não sinto não tem como, ela já tentou falar mas eu esquivo, não consigo".*

Também estabeleceu relação moderada com o tempo de vida sexual ativa antes da lesão (r=-.352*; *p*=.017), indicando que quanto menor a experiência sexual anterior, maior a capacidade de se adaptar à sexualidade pós-lesão, possivelmente diante da menor probabilidade em se comparar a vivência sexual entre os períodos, como salientado pelos participantes: "*você sempre tem um comparativo, é o antes e o depois, existe o Fulano antes e o Fulano depois ..."* e:

> "*[...] a questão sexual ... é diferente de antes da lesão, por mais que eu me adeque nunca será igual a antes, agora é tudo mais lento, demanda mais tempo, e nem dá pra ter relação sempre que a gente quer".*

Este resultado contrapõe Kreuter *et al.* (1996), os quais observaram que a experiência sexual prévia contribui de forma importante para o ajustamento sexual entre pessoas com lesão medular. Contudo, um mínimo de experiência sexual antes da lesão se configurou em um importante fator para o ajustamento sexual pós-lesão, como relatado pelo mesmo participante que comentou anteriormente sobre as desvantagens resultantes da comparação: *"[...] e aí foi um descobrir constante, o bom nisso foi que eu tive uma iniciação sexual antes, razoavelmente boa, antes da lesão [...]"* e:

> *esse foi um fato que me ajudou muito depois, né?! Eu ter tido essa oportunidade, de ter tido relação com alguém que conhecia, né?! Ela tinha uma trajetória já [...], não foi a minha*

> *primeira vez, mas foi uma experiência de fazer sexo com mais qualidade, antes não, eram coisas de adolescentes [...].*

E surpreendentemente, a capacidade de auto-adaptação não se relacionou com o tempo de vida sexual ativa após o incidente traumático (r=.142; *p*=.321), o qual se constituía em uma das principais hipóteses deste estudo, de que a experiência sexual pós-lesão auxiliaria no ajustamento à sexualidade adaptada.

Se o tempo de experiência sexual após a lesão não contribuiu para a adaptação sexual, a freqüência sexual (r=.519**; *p*<.001) contribuiu, indicando que uma das formas de obter melhores resultados em relação à adaptação está em vivenciar frequentemente a atividade sexual, respondendo por 25% desta variação. Referente ao comportamento sexual, a adaptação sexual também correlacionou com o número de parceiros sexuais (r=.358***p*=.007), sugerindo que as parcerias contribuem para o ajustamento sexual.

Correlacionou moderadamente com o repertório sexual (r=.385**; *p*=.003), sugerindo que quanto mais variado o repertório e a disposição em engajar-se nas diversas atividades, maior a possibilidade de se adaptar sexualmente, exercendo importante papel na realização sexual, juntamente com a boa qualidade do relacionamento emocional e a percepção de que o parceiro gosta do relacionamento sexual, tanto entre pessoas lesionadas como para a população em geral (KREUTER *et al.*, 1996). As práticas sexuais que mais contribuíram para o ajustamento foram: penetração vaginal (r=.397**; *p*=.002), toques íntimos (r=.275*; *p*=.040) e principalmente a masturbação (r=.506**; *p*<.001).

Estabeleceu relações com a preferência pelo participante por sexo oral (r=.268*; *p*=.046), penetração (r=.283*; *p*=.035), toques íntimos (r=.288*; *p*=.031) e masturbação (r=.393**; *p*=.003), e preferência pelo parceiro por sexo oral (r=.293*; *p*=.030), penetração (r=.370**; *p*=.005) e masturbação (r=.292*; *p*=.030).

De forma inesperada diante da hipótese inicial, a capacidade de adaptação não correlacionou com a concepção de que é possível realizar intercurso sexual ausente de penetração (r=.174; *p*=221).

Referente ao funcionamento sexual, a capacidade de adaptação correlacionou com o desejo sexual pós-lesão medular (r=.341*; *p*=.011), enfatizando o papel do interesse sexual em favorecer a adaptação à sexualidade. Relacionou-se de forma moderada com a resposta sexual de excitação (r=.541**; *p*<.001), demonstrando que a percepção do participante quanto a se sentir sexualmente excitado é importante para seu ajustamento sexual. Relacionou-se moderadamente com a capacidade em se atingir o orgasmo (r=.471**; *p*<.001) e com sua

intensidade antes (r=.462**; *p*=.001) e após o incidente (r=.497**; *p*<.001), indicando que a presença do orgasmo na atividade sexual e sua qualidade contribuem para a adaptação sexual.

Correlacionou com aspectos específicos da função erétil: com a capacidade em se obter ereção espontânea (r=.648**; *p*<.001), sendo o mais forte preditor do ajustamento, e sua manutenção referente à rigidez (r=.536**; *p*<.001) e tempo de duração (r=.407**; *p*=.002), onde somente a capacidade de obtenção de ereção é responsável por 36% da variação da capacidade de adaptação sexual, embora não tenha se correlacionado com a função ejaculatória, capacidade de ejacular (r=.244; *p*=.070) ou se o orgasmo é acompanhado de ejaculação (r=.176; *p*=.194), indicando que a preservação da função ejaculatória não contribui para o processo de adaptação sexual.

Verificou-se, contudo, que o uso de agentes facilitadores (r=.083; *p*=.542) – as medicações para obtenção e/ou manutenção de ereção foram as mais citadas –, não correlacionou com a capacidade de adaptação sexual, demonstrando que embora utilizadas não estão contribuindo para o ajustamento sexual da pessoa lesionada. Este achado contrapõe o encontrado por Kreuter *et al.* (1996) possivelmente porque estes pesquisadores notaram o uso de dispositivos para aumentar o prazer, demonstrando serem úteis para compensar as limitações genitais físicas e contribuindo para o respectivo ajustamento sexual, enquanto os participantes do atual estudo limitaram-se a favorecer a função erétil.

Estes resultados demonstram a importância clínica em se avaliar a função sexual das pessoas com lesão medular, buscando identificar e intervir sobre as disfunções sexuais e faz ressalva sobre os agentes facilitadores indicados para a melhoria da função sexual e conseqüente ajustamento.

Correlacionou com o prazer sexual proporcionado pelas regiões corporais do peito (r=.300*; *p*=.026) e pênis (r=.276*; *p*=.042) e satisfação sexual (r=.505**; *p*<.001), o que sugere que a maior satisfação com a vida sexual influencia a adaptação sexual, responsável por 25% da variação desta capacidade, e se constituindo em um forte preditor da capacidade de adaptação.

Por fim, relacionou-se com o aconselhamento sexual de forma ambígua. Não se relacionou com o fato do participante ter recebido aconselhamento (r=.091; *p*=.513), mas correlacionou negativamente com o fato do parceiro ter recebido aconselhamento (r=-.274*; *p*=.043) e com a opinião do participante em relação à contribuição do aconselhamento sexual para a qualidade de vida (r=-.345*; *p*=.013), concluindo-se que o aconselhamento sexual, seja voltado ao participante ou a seu parceiro, não contribuiu para a adaptação à sexualidade modificada pela lesão, possivelmente delatando sua ineficiência.

Surpreendentemente, não se relacionou com a idade do participante (r=-.111; *p*=.425), uma vez que se acreditava que a idade jovem poderia favorecer o ajustamento sexual ao apresentarem maior habilidade em redefinir metas e expectativas sexuais, assimilando novos padrões de comportamento, embora esse resultado seja obtido entre os participantes que apresentavam idade jovem no momento de incidência da lesão (MAIOR, 1988; KREUTER *et al.*, 1996).

Ao analisar esses resultados, procurou-se esboçar o perfil que os participantes, que melhor se adaptaram à sexualidade pós-lesão, tem tendência a apresentar. Deste modo, o participante tende a: ter um maior nível de instrução, ser solteiro, ter sido acometido pela lesão enquanto jovem, encontrar-se sexualmente ativo, ter pouco tempo de vida sexual ativa antes do trauma, ter maior número de parceiros, bem como maior freqüência de atividade sexual depois da lesão, praticar intercurso sexual, realizar toques íntimos e masturbação, como também possuir um variado repertório sexual, gostar de todas estas atividades que realiza, além de sexo oral, e seu parceiro gostar de sexo oral, penetração e masturbação.

Tem tendência a ter níveis mais elevados de desejo e excitação sexuais, atingir o orgasmo com grande intensidade, ser capaz de obter ereção, possível de praticar o intercurso pênis-vagina, durando pelo tempo necessário ou mais que necessário, assim como sentir prazer vinculado ao peito e ao pênis, encontrando-se entre os que estão satisfeitos com sua vida sexual.

Interessantemente, encontram-se menos adaptados os participantes cujos parceiros receberam aconselhamento sexual, podendo resultar tanto devido ao fato do parceiro buscar aconselhamento decorrente das dificuldades na adaptação sexual do casal, bem como, os participantes encontrarem-se menos adaptados apesar de seus parceiros terem recebido aconselhamento sexual, e, ainda, os participantes que se encontram melhor adaptados tendem a crer que o aconselhamento não contribuiria para a melhoria da qualidade de vida, indicando que somente aqueles que enfrentam dificuldades sexuais acreditam que o aconselhamento auxiliaria na melhoria, indicando uma necessidade dos participantes que não se encontram bem adaptados sexualmente após a lesão medular.

Realizou-se a análise de regressão múltipla buscando encontrar as variáveis que mais fortemente predizem a capacidade de auto-adaptação sexual, respeitando-se as condições a serem satisfeitas para a realização do teste. A associação entre as variáveis explicativas, ereção espontânea e satisfação e a variável dependente, adaptação sexual, é forte (R múltiplo=.77). Em conjunto são responsáveis por 57% da variância na capacidade de

adaptação sexual, onde os coeficientes de regressão (β) indicam que o mais forte preditor é a capacidade de obter ereção espontânea, seguida da satisfação sexual.

Os resultados podem ser conferidos na tabela 4.3.

Tabela 4.3. Fatores que predizem a adaptação sexual pós-lesão medular

Variável dependente	Variáveis independentes	β	*t*	*p*
Adaptação sexual	Ereção espontânea após a lesão medular	.582	6,420	.000
	Satisfação sexual pós-lesão	.410	4,531	.000
R = .77				
R^2 = .58				
R^2 ajustado = .57				

O principal preditor da adaptação sexual foi a capacidade de obtenção de ereção espontânea após a lesão medular, com a satisfação sexual contribuindo como forte preditor do ajustamento sexual, ambas responsáveis por 57% da variação. Este resultado distinguiu-se do encontrado por Kreuter *et al.* (1996) onde a variedade do repertório sexual, percepção sobre as preferências sexuais dos parceiros e percepção de satisfação do parceiro de acordo com a adequação sexual do respondente são os mais fortes preditores, e por Phelps *et al.* (2001), no qual a satisfação sexual do parceiro foi o mais forte preditor, seguido da qualidade do relacionamento e desejo sexual.

Se por um lado as diferenças poderiam ser explicadas por algumas variáveis não controladas pelo estudo atual, tais como a percepção de satisfação do parceiro e a qualidade do relacionamento, por outro, poderiam retratar a população deste estudo, sendo que a função eretiva, sua capacidade e demonstração, exerce importante papel sobre a identidade sexual e relação estabelecida entre os pares, em meio aos povos de cultura latina.

Referente ao aconselhamento sexual, aproximadamente metade dos participantes recebeu ou buscou aconselhamento sexual após a lesão medular, sendo que enquanto a maioria dos tetraplégicos relatou ter recebido aconselhamento, grande parte dos paraplégicos reportou não tê-lo recebido, e somente $^1/_3$ entre todos os participantes do estudo recebeu aconselhamento especificamente por profissionais da saúde. Essas e outras informações referentes ao aconselhamento sexual são apresentadas na tabela 4.4.

Tabela 4.4. Informações sobre o aconselhamento sexual após a lesão medular

Aconselhamento sexual	**Tetraplegia**		**Paraplegia**		**Total**	
	n	***f***	***n***	***f***	***n***	***f***
Aconselhamento sexual	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Recebeu	8	61,5	17	41,5	26*	45,6
Não recebeu	5	38,5	22	53,7	29*	50,9
Não informou	0	0	2	4,8	2	3,5
Provedor***	**8**	**100**	**17**	**100**	**26**	**100**
Médico	1	12,5	6	35,2	8*	30,8
Psicólogo	1	12,5	0	0	1	3,8
Médico e psicólogo	1	12,5	1	5,9	2	7,7
Fisioterapeuta	0	0	2	11,8	2	7,7
Fisioterapeuta e psicólogo	0	0	1	5,9	1	3,8
Sexólogo	1	12,5	0	0	1	3,8
Amigos	2	25	2	11,8	4	15,4
Centros de reabilitação	1	12,5	3	17,6	4	15,4
Não informou	1	12,5	2	11,8	3	11,6
Parceiro recebeu aconselhamento	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Sim	3	23,1	6	14,6	9	15,8
Não	2	15,4	24	58,6	28*	49,1
Não sei	7	53,8	10	24,4	18*	31,6
Não informou	1	7,7	1	2,4	2	3,5
Aceitaria receber aconselhamento	**11**	**84,6**	**35**	**85,4**	**48***	**84,2**
Entre os que receberam***	7	87,5	14	82,4	22*	84,6
Entre os que não receberam***	4	80	19	86,4	24*	82,8
Entre os que não informaram***	0	0	2	100	2	100
Melhoria qualidade de vida	**13**	**100**	**41**	**100**	**57**	**100**
Sim	8	61,5	31	75,6	39	68,5
Indiferente	3	23,1	6	14,6	10	17,5
Não	0	0	0	0	2	3,5
Não informou	2	15,4	4	9,8	6	10,5

* Estes resultados retratam tanto os participantes que especificaram, bem como os que não especificaram o nível de sua lesão.

**Somente entre os participantes que recebem aconselhamento sexual.

*** A percentagem foi calculada sobre o valor dos participantes que receberam aconselhamente, ou seja, responderam à primeira questão desta tabela, por exemplo: 7 entre 8 participantes que receberam aconselhamento aceitariam receber informações sobre a sexualidade pós-lesão.

Os dados relacionados ao número de participantes que receberam aconselhamento corroboram com McCabe (1999) e Alexander *et al.* (1993). McCabe (1999) também verificou diferença significativa em comparação as nove em cada dez pessoas da população em geral que a receberam e Alexander *et al.* (1993) salientam que somente um em cada cinco recebeu aconselhamento médico ou psicológico em vista das preocupações sexuais. Segundo Alexander *et al.* (1993), esses achados deviam-se à recente ênfase na educação sexual pós-

lesão medular, como um componente na rotina do processo de reabilitação. No entanto, ao se assemelhar aos dados americanos, os achados brasileiros podem indicar que no Brasil este aconselhamento é recente, refletindo a realidade americana de quinze anos atrás, embora há 20 anos Maior (1988) alertou para o fato de que o aconselhamento sexual não estava definitivamente implantado nos programas de reabilitação, refletindo a dificuldade dos profissionais em lidar com a sexualidade de seus pacientes, também verificado por Sipski e Alexander (1993).

Entretanto, há que se considerar a natureza das informações conferidas, como observado no relato durante a entrevista de um dos participantes, que no questionário respondeu ter recebido aconselhamento profissional:

> *não tive nenhum esclarecimento, eu tentei me aconselhar com alguém, mas a resposta foi totalmente... qui decepção! Foi com um profissional [...], ele deu a perceber que eu estava prejudicado sexualmente para o resto da vida, foi essa a resposta que eu obtive!*

Quanto à origem do aconselhamento sexual entre os que receberam, a grande maioria adveio de profissionais da área da saúde, enquanto metade dos participantes que compuseram o estudo de McCabe (1999) receberam aconselhamento dos pais, parentes e amigos. Entre os participantes que receberam orientação, essas informações foram fornecidas principalmente por equipes multidisciplinares dos centros de reabilitação: Sarah Hospital de Reabilitação, em Brasília, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER, em Goiânia e Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, em São Paulo; a orientação também foi dada por médicos, cujas especialidades citadas encontram-se neurologista e urologista, fisioterapeuta, psicólogo, sexólogo e amigos.

Já a realidade do parceiro é distinta, onde metade não recebeu qualquer tipo de informação ou aconselhamento, somente um em cada seis recebeu e $^{1}/_{3}$ dos participantes não soube informar, sendo três vezes maior que o número relatado por Alexander *et al.* (1993) há quinze anos, evidenciando a falta de comunicação aberta entre os casais.

A grande maioria dos participantes aceitaria receber aconselhamento, independente de terem ou não recebido, número superior ao obtido por Alexander *et al.* (1993) de metade dos participantes, os quais não somente aceitariam como reivindicaram receber educação de qualquer fonte sobre suas capacidadse sexuais após o trauma.

Por fim, a maioria acredita que a reabilitação voltada à temática da sexualidade contribuiria para a melhoria da qualidade de vida, enquanto aproximadamente um em cada

cinco relatou acreditar resultar indiferente. Alguns participantes opinaram sobre a importância do aconselhamento sexual:

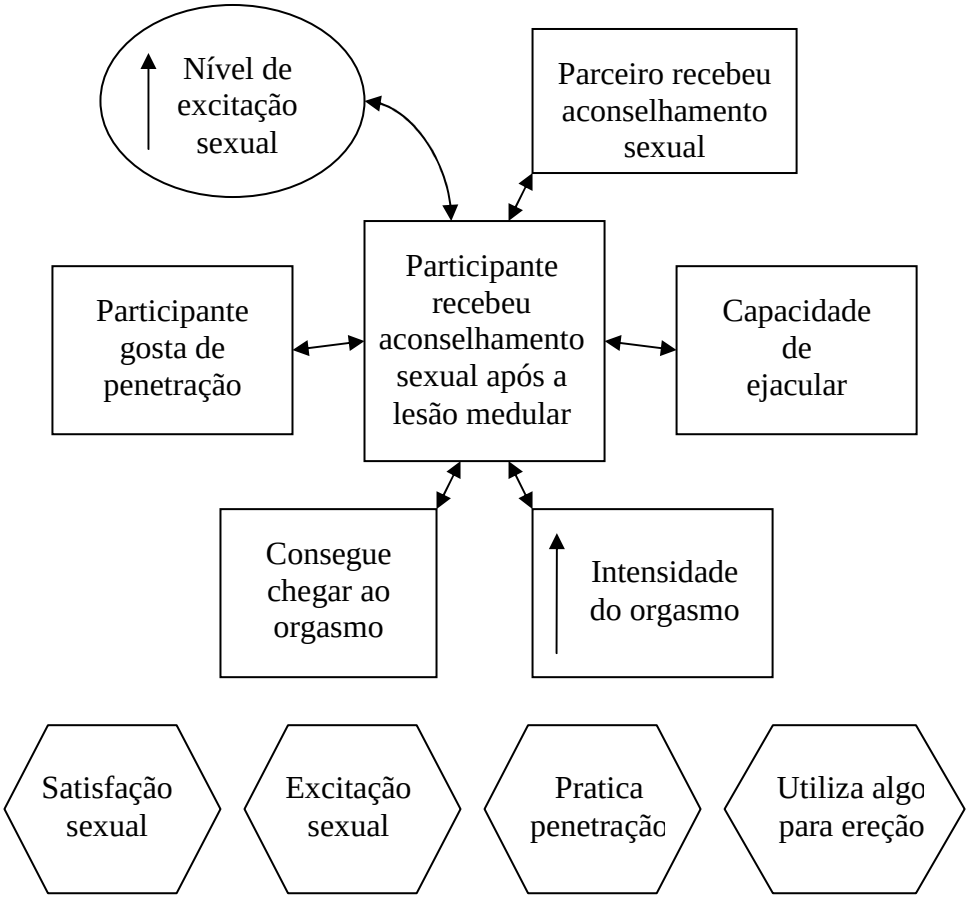
> *sem dúvida eu acho que é fundamental, iria queimar muitas etapas, iria melhorar, evitar muito desperdício de tempo e de energia se houvesse um grupo, ou uma matéria, ou um tratamento dentro da reabilitação pra reabilitar sexualmente. É tão vital o corpo ser reabilitado, como essa área aí, não sei por que nunca foi focado. Em São Paulo eu fiquei num hospital grande na época e eu acredito que hoje em dia ainda não fazem. Como é que tu vai reabilitar um rapaz jovem pra vida, pro trabalho normal! E esse lado, como é que fica?*

Segundo Alexander *et al.* (1993) a principal necessidade para as pessoas com lesão medular é a educação e aconselhamento sexuais, devendo ser direcionados não somente aos pacientes, mas a seus parceiros, como enfatizado por Kreuter *et al.* (1996), e também aos profissionais de saúde que assistem a essa população, principalmente diante do elevado número de participantes que admitiram ter relações sexuais com os profissionais da área da saúde, indicando a necessidade de educação continuada.

Finalizando a análise em torno do aconselhamento sexual, apresenta-se na figura 4.2. as variáveis que influenciaram ou foram influenciadas diante do fato do *participante ter recebido orientação voltada à área da sexualidade*, devendo ser observado a partir do nível de excitação sexual antes da lesão, seguindo o sentido anti-horário.

O perfil dos homens que *receberam ou buscaram informações a respeito da sexualidade pós-lesão medular* foi o do participante com tendência a ter níveis mais elevados de excitação antes da lesão (r=.311*; *p*=.028), apesar de não apresentar necessariamente níveis mais elevados após a lesão (r=.085; *p*=.539), ter orgasmos mais intensos (r=.319*; *p*=.033), preferência por penetração (.313*; *p*=.020), embora não necessariamente a pratique (r=.186; *p*=174), atingir o orgasmo (r=.292*; *p*=.036), como também obter ejaculação (r=.287*; *p*=.035) e cujo parceiro recebeu aconselhamento sexual, embora não tenha se relacionado com a utilização de algo para obter ou manter a ereção (r=.259; *p*=.059).

Figura 4.2. Relações estabelecidas com o fato do participante ter recebido aconselhamento sexual após a lesão medular



Enquanto as variáveis dispostas dentro de retângulos fazem referência ao período posterior à lesão, a variável disposta dentro do círculo refere-se ao período anterior à lesão medular. As variáveis apresentadas em hexágonos não relacionaram com a variável centra

Devido a este último achado, averiguou-se se os participantes que *utilizam algo para obter e/ou manter a ereção* receberam ou buscaram aconselhamento sexual e pôde-se observar que dos 15 participantes que afirmaram utilizar algo, apenas 9 relataram receber aconselhamento, enquanto 4 reportaram não ter recebido, podendo tanto expressar que utilizam algo, sendo mais citadas as medicações, sem orientação médica ou entenderam a questão de forma restrita, não compreendendo que se referia a qualquer orientação relacionada a aspectos sexuais, entre outros, a consulta ao médico ou conversas com outras pessoas lesionadas.

Adiante serão apresentados os resultados da análise fenomenológica conduzida a partir dos temas categorizados mediante análise de conteúdo.

O processo de se auto-adaptar à sexualidade após a lesão medular

Em geral este é um processo longo *"há mais de 20 anos trilho esse caminho"*, que em alguns casos se consolida *"nunca estive tão satisfeito sexualmente e nunca tinha vivenciado tão bem a minha sexualidade"*, porém em outros casos não.

Este processo é valorizado por alguns *"[...] dou graças a Deus que ela pode ser modificada, que pode acontecer coisas diferentes"*, embora haja pessoas que não se adaptem a essa realidade, mesmo após anos de lesão medular.

Geralmente, aprendem a valorizar suas capacidades sexuais remanescentes, em contraposição à tentativa de readquirir a vida sexual anterior à lesão, como comentado por Ducharme *et al.* (1992) e observado no relato de um dos participantes que declarou ter dificuldades com o ajustamento, mas que vem procurando ter um novo olhar sobre a sexualidade *"mais ampla, não tão focada na genitália"* e sobre a relação com uma parceira, vivenciando-a com cumplicidade, confiança, segurança e intimidade de modo a sentir-se bem para comentar sobre a *"impotência[...] e mostrar o corpo nu, modificado pela lesão"*.

Foi unânime que a exploração do corpo sexual e a vivência da sexualidade, solitária e com um parceiro, foram imprescindíveis para a aquisição da adaptação à sexualidade modificada pela lesão:

> *[...] em relação ao começo, ela foi crescendo em escala pela exploração que eu tive e ela tá num grau satisfatório, mas eu acredito que, o necessário nós temos. Sou contra aquele médico que vai dizer: acabô, tu foi truncado, pronto. Eu digo uma coisa, o necessário todo o paraplégico tem, só precisa desenvolver, descobrir e aí tem a particularidade de cada um e a individualidade de cada um.*

Contudo, também foi retratada como importante a orientação profissional, por vezes evitando situações que poderiam ser constrangedoras, quando a orientação é anterior ao transcurso da atividade sexual, por vezes explicando as situações transcorridas, muitas delas frustrantes, em geral instruindo o paciente de modo a conscientizá-lo de suas limitações, bem como de suas capacidades remanescentes, muitas vezes minimizando o tempo de adaptação, caso a mesma ocorresse somente mediante a vivência.

> *[...] ela foi a minha orientadora, ela comentava, ela falava: pode ser assim, pode ser assado, mas foi muito jóia essa parte, eu tava lá em contato sempre com a fisioterapeuta, volta e meia ela fazendo massagem, fazendo os movimentos das pernas e eu de cueca,*

> *normal, aí volta e meia eu tava com o ... (pênis ereto)... e eu falava: ôh, me desculpe, é involuntário! E eu ficava constrangido, aí ela falava assim: não tem problema, fica tranqüilo, isso faz parte da natureza e tal, e me explicava. Ela era muito cabeça, ela acabou comentando, falando muitas coisas e foi me orientando oralmente sobre a sexualidade, sobre tudo, sobre possibilidades, sobre o fato de você ver oportunidades e não as dificuldades, então foi uma pessoa-chave na minha vida.*

Deparando-se com a sexualidade pós-lesão medular

Houve relatos a respeito das inúmeras dificuldades a serem enfrentadas, como se adaptar emocionalmente à deficiência, lidar com os novos aspectos, tanto no âmbito biofisiológico quanto sociocultural, os quais devem encarar e aprender a conviver, e nesse ínterim alguns declararam que:

> *A sexualidade nem passava pela cabeça, tinha muitas outras coisas para eu me preocupar [...]. Contudo, com o passar do tempo e o controle sobre a nova situação, foi um assunto que começou a despertar".*

Entretanto, há os que evidenciaram a importância da esfera sexual desde o momento do incidente traumático, como demonstrado pelo relato de um dos participantes:

> *Eu estava com 19 para 20 anos. No início aquele medo realmente foi assim algo terrível! Eu acho que é a pior coisa que você ... . Quando eu sofri o acidente, eu fiquei quatro dias em coma [...] eu sabia que tinha sido grave, aí depois o médico falou, realmente foi uma lesão medular e aí começa a cair a ficha, né?! Mas isso demora, é um processo, aí passou um mês [...] fiquei quatro meses engessado, eu tava no hospital, fiquei todo esse período. Logicamente o pessoal do hospital já sabe que a pessoa pode ter uma tentativa de suicídio com muita facilidade, então não fica nada, nem copo, nem nada pontiagudo, nem cortante perto de você, porque a minha intenção, a minha decisão logo que eu recobrei os sentidos, digamos assim, era de me matar mesmo, o suicídio, essa era a minha decisão, eu pensava: eu não quero viver assim! [...], porque era horrível, você pegava assim ... você encostava na parte de cima do peito e aí você encostava na parte de baixo e parecia que você estava pegando na barriga de um outro cara, aí tu colocava a mão na perna, parecia a perna de um outro cara, colocava a mão no pinto e parecia o pinto de um outro cara, isso é horrível!!! Por que você sente a perna na tua mão, mas você não sente a tua mão na perna, você sente o pênis na tua mão, mas você não sente a mão no pênis, isso era de desesperar, isso era de apavorar! Arrepiava, eu à noite chorava, chorava, de dia eu era o cara mais feliz do mundo, pras visitas, pros meus pais, eu mantive o equilíbrio porque eu queria uma*

> *chance pra me suicidar. Então eu fazia todo aquele jogo: ah não! Isso aqui a gente tira de letra, dá um jeito e tal [...] e à noite eu fazendo os meus planos, desde me jogar da cama de cabeça ou alguma coisa, mas eu nem conseguia me jogar da cama, não conseguia me mexer, se tivesse ficado uma faca por perto, eu teria me matado. Só que depois esse jogo foi mudando ... Uns três meses depois assim, num sábado à tarde, Cassino do Chacrinha [...] aquelas mulheres rebolando lá e eu tava: ai meu Deus! Assim, eu olhava aquelas mulher rebolando e aí pensava: ai meu Deus, até parece que eu tô de pinto duro! E me dava um calor, umas coisas assim, e eu olhava, dali a pouco eu olho pro lado, as gurias olhando pra mim e dando risada pra caralho, aí o que qui tinha? Eu tava engessado até aqui (tronco), não tinha cueca, só tinha um lençol aqui por cima e aí, literalmente ... eu tava com o pênis ereto, tinha saído do lençol, tava assim, o pessoal olhou assim, eu me apavorei! [...] eu fiquei envergonhado, mas ao mesmo tempo começou a mudar, despertou alguma coisa assim [...], aí aquele trabalho que eu fazia de me manter feliz e motivado frente aos outros, de tanto eu me disfarçar, eu comecei a acreditar nisso, e isso acabou ajudando... Quando passaram os quatro meses de internação, eu já não queria mais me suicidar, eu já tava bem [...]. Então é lógico, aí foi todo um trabalho me voltar pra questão da sexualidade, de me descobrir, mas com toda certeza isso era o maior dos desesperos [...] era o medo de não ter ereção, de não poder ter uma mulher, de não poder ter uma família, de que me serve o trabalho se eu não posso ter mulher, se eu não posso ter família, para quê? Então, vamos dizer assim, o sexo é a força que move o mundo desde a sua origem e vai continuar sendo assim, os caras se matam trabalhando, para quê? Pra ter status, pra ter poder, pra ser atraente, inclusive sexualmente, né!?*

Evidenciou-se nos relatos a falta de informação sobre a sexualidade e principalmente sobre a resposta sexual logo após a lesão medular, o que gera uma série de sentimentos e reações até que é despertada:

> *Logo após, ela (lesão medular) me frustrou (sexualmente), me senti muito mal, a ponto de achar que a minha vida sexual tinha terminado. Então como eu já era meio intelectual, já gostava muito de ler filosofia, eu achei que ia ser então um eremita, um cara, um pensador pra escrever algum livro, e depois me dediquei aos esportes e foi assim, mais me descobri, não sei se é por causa da minha natureza romântica [...], notava também que a mulher me olhava de maneira, não mais por que estou numa cadeira de rodas, não pena, ela tava de: eu pra ti e tu para eu [...]. Às vezes lá (na reabilitação) rolava um namoro, que pra ela tanto para mim se descobrimos, e o que me levava, não era nada de educação, nada de leitura que eu li e deveria fazer, mas o meu corpo me levou a isso, o meu corpo me levava a eu querer beijá-la, querer tocá-la, querer fazer uma série de coisas que sentia recíproco, que ela também me beijava, eu gostava que ela me beijava o meu corpo, as partes sensíveis [...].*

Este relato demonstra que muitos dos participantes, na ausência de informações ou aconselhamento profissional, descobriam-se sexualmente por si próprios, muitas vezes com uma parceira na mesma situação, em geral, ainda no período da reabilitação.

Entretanto, neste período, a pessoa deficiente ainda está assimilando esta nova condição e ao se deparar com a sexualidade, principalmente do seu semelhante, pode emergir a idéia pré-concebida e já internalizada a respeito da deficiência, principalmente vinculada à sexualidade:

> *Até então, era engraçado que eu me sentia, no início, quando a primeira moça, logo quando eu cheguei (na reabilitação), aos dois meses (pós-lesão), uma moça de cadeira de rodas que se aproximou de mim, e eu não ... não gostei, não gostei! Eu ainda tava com a imagem de um cara que anda, eu mesmo tava fazendo preconceito, comigo e com aquela moça, é impressionante como eu me senti desconfortável! Eu achei... depois é que eu caí em mim, eu só queria uma pessoa normal, queria uma pessoa que ... que era como eu antes. Aí eu, que absurdo! Eu me senti, aquela moça, ela usava aparelhos de ferro, fazia barulho pra todo lado e eu não me sentia bem, nem pra beijar ... não me sentia bem! Aí depois apareceu uma moça, esbelta assim, magra, flexível no corpo e os lábios, cheios, cabelos compridos assim, muito sensual, em uma cadeira de rodas.*

Dificuldades em lidar com a sexualidade após a lesão medular

Como relatado anteriormente, após serem acometidos pela lesão medular, os homens passam por uma série de *"dificuldade iniciais, como lidar com a auto-estima"*, sendo este um aspecto em diversos momentos salientado pelos participantes, que relataram sobre sua importância e de como *"atrapalha todas as pessoas que não são consideradas 'normais', dentro do padrão estipulado pela sociedade"*, também percebido por uma das profissionais convidadas *"na verdade, são exemplos de perseverança e de eterna busca de melhorar sua vida e, com isso, auto-estima e estima sexual"*.

A auto-estima, ou seja, o conceito que se tem de si mesmo, reflete o sentimento pessoal como ser humano e como ser sexual *"eu não acreditava que uma mulher normal pudesse sentir atração, desejo por um cara como eu"*, e também diante do olhar de outro deficiente *"Pô, como é que uma mulher daquelas vai querer tu aí?!"*.

Segundo Sipski e Alexander (2002) a incapacidade é um insulto ao senso inato de narcisismo, à questão do 'eu', ou seja, como as pessoas se consideram, o que sentem por elas próprias e como percebem suas habilidades de agir e influenciar o mundo, resultando em

golpe na auto-estima, sendo importante ser abordada após uma incapacidade, pois a não resolução dessas questões podem resultar em conseqüências emocionais que afetam o ajustamento e o senso de sexualidade da pessoa.

O processo de reabilitação como um todo auxilia no ajustamento emocional à deficiência:

> *[...] até então não gostava (de mim), tem muito a ver também com a auto-estima, fiquei aleijado, prejudicado, você fica também prejudicado na auto-estima e depois, quando eu fiquei (paraplégico) e me olhei no espelho..., me parece que eu buscava muito o sexo oposto, no início (da deficiência) não assim, mas eu diria que depois que eu me reabilitei, que eu fui conhecendo mais como ser independente, eu fui gostando mais de mim, sei lá, tô bunitinho [...]*

Contudo, a assistência voltada à área da sexualidade poderia potencializar o ajustamento à esfera sexual.

Uma outra dificuldade enfrentada refere-se à imagem corporal:

> *[...] o novo corpo deficiente, a nova imagem como cadeirante, a atitude das pessoas que diziam assim: oh, quem te viu e quem ti vê!, si referindo a antes da lesão, que eu era brincalhão, farreador e depois, alejado na cadeira de rodas.*

A imagem, juntamente ao estigma do deficiente, do ponto de vista dos participantes dificulta a aproximação e a conquista de uma pessoa, principalmente se esta não for deficiente:

> *[...] é difícil você se aproximar de alguém, cê tá concorrendo com um monte de cara sarado, bípede, como ocorreu uma vez que eu tava paquerando uma guria e que, quando tava quase ganhando ela, passou uns molequinhos e comentaram: Ih, olha o alejadinho!!! E foi tudo por água'baixo.*

A imagem corporal como cadeirante com o tempo é socialmente assimilada pelo participante, contudo intimamente pode apresentar-se perturbadora apesar do longo tempo de convivência com a lesão medular, como no relato a seguir de um dos participantes há mais de 30 anos lesionado:

> *Durante a relação sexual eu nunca, em hipótese nenhuma, eu tiro a calça, sempre faço com a calça. Por vergonha das minhas pernas, finas, brancas, pra não constranger a outra pessoa por causa das escaras, não é necessário fazer a mim ou a minha parceira passar por isso.*

Este aspecto da deficiência por vezes os coloca em situações constrangedoras e deprimentes: *"eu saía com muitas meninas e com uma delas, quando fomos pra cama, tirei a roupa e ela começou a rir, teve um ataque de riso, ria, ria por causa das minhas pernas brancas e finas"*. Este participante então comentou da atrofia muscular e que essas situações despertam várias reações tais como raiva, irritação, questionamentos e desistência *"o que ela esperava? Deixei queto, mas acabou totalmente com a excitação"*.

Outro aspecto fisiológico que prejudica a retomada da vida sexual logo após a deficiência, bem como a realização de atividade sexual anos após a aquisição da mesma, também reportada no relato anterior, refere-se às úlceras de decúbito, pois entre outros *"causa uma má impressão"*, sendo retratada como um dos *"grandes inconvenientes do paraplégico"*.

A disfunção vesical e intestinal *"o descontrole dos esfíncteres que nos leva a fazer xixi e coco sem se dar conta"* também foi retratada como um dos aspectos que interferem na iniciação e vivência sexual. A dificuldade em se obter o controle esfincteriano afeta o envolvimento sexual e principalmente a auto-estima:

> *Uma vez sai e estava conversando com duas meninas que também conversavam comigo, a gente tava sentado numa mesa, todo mundo, e aí teve uma hora que elas pararam de conversar e começaram a cochichar e eu não entendi nada, até que bem depois que eu fui perceber que eu tava rodiado de xixi, tinha uma poça enorme de xixi envolta da minha cadeira.*

Outros ainda retratam o constrangimento em se despir: *"no começo, quando eu não controlava o meu xixi ... como era difícil estar com alguém e ao mesmo tempo ver seu pênis não responder e ainda estar envolto por toalha"*.

A espasticidade também se configura em um agente que dificulta a relação sexual: *"as pernas que não respondem como deveriam responder ou que respondem com movimentos involuntários e que quase derruba da cadeira [...]"*, tanto que alguns participantes recorrem a procedimento cirúrgico, que em muitos casos resulta em disfunção erétil *"depois da lesão eu tinha ereção direto, mesmo sem ter vontade de fazer sexo [...], depois da cirurgia, desligou os tendões, aí não tive mais nada"*.

A falta de mobilidade, principalmente no início quando se está adquirindo a noção das limitações e potencialidades, se configura em uma das maiores dificuldades na retomada e estabelecimento de uma relação sexual:

> *um dia desses eu tava com uma moça, nois tava no meu carro e a gente se beijava, se abraçava, dava cada amasso! E o clima foi esquentando, só que, de repente, a moça abriu a porta do carro, me jogô no chão e... depois de um tempinho ela parô, sentô e se lamentô, comentando que não dava, não tinha jeito.*

Segundo o participante, essa reação ocorreu porque a expectativa da parceira era que ao estarem no chão, ele iria consumar o intercurso, contudo argumentou que ”*não é assim que funciona com um deficiente*” e comentou sobre a sensação de constrangimento, frustração e revolta.

Portanto, todos esses aspectos dificultam a retomada, sendo extremamente difícil no início, e mesmo posteriormente a vivência plena da sexualidade, uma vez que após a conquista, ainda há a descoberta de uma nova sexualidade a dois, pois se a pessoa deficiente já tem essa noção, o casal também deve desenvolvê-la.

Iniciação sexual

Alterações na auto-estima resultam em dificuldades para iniciarem-se sexualmente após a lesão, como presente no depoimento de um dos participantes:

> *[...] nós saímos, mas ficou tarde e essa moça convidou a gente pra durmir lá na casa dela. Todo mundo dormiu em colchonetes no chão e ela foi tomar banho. Depois que ela saiu, ela veio só di camisolinha dormir do meu lado. Eu estranhei, não precisava de babá cuidando de mim: eu não sô nenê, ela pode dormir na cama dela, ou com as amigas, porque qui ela tá do meu lado? Aquilo me incomodô e eu resolvi encarar ela e ela me encarô também. E ela levou a mão no meu rosto, passou a mão na minha boca, e aí foi a primeira vez que eu consegui olhar pra dentro dos olhos de uma mulher como eu sou mesmo, assim em uma cadeira de rodas. Aí eu me entreguei, assim, as minhas defesas saíram, defesa talvez, ou de machão ou de não acreditar que era possível. E eu então acreditei que era possível e aí, foi a maior festa da minha vida!*

Algumas dificuldades são comuns a todos os participantes, como pode-se citar a questão psicoemocional da auto-estima, que por sua vez influencia a sexualidade, sendo

portanto, um de seus componentes. Outras, contudo, são particulares a exemplo da distinção percebida entre as pessoas que tiveram vida sexual ativa antes do incidente e as que não tiveram, onde os participantes que a tiveram, aprenderam a lidar com sua nova sexualidade e os que não a tiveram, descobriram-na já alterada pela lesão.

Entre os que tiveram experiências sexuais com um parceiro no período anterior ao incidente traumático, alguns acreditam na influência das experiências no processo de adaptação pós-trauma: *"[...] e aí foi um descobrir constante, o bom nisso foi que eu tive uma iniciação sexual antes, razoavelmente boa, antes da lesão [...]"*, assim como:

> *Esse foi um fato que me ajudou muito depois, né?! Eu ter tido essa oportunidade, de ter tido relação com alguém que conhecia, né?! Ela tinha uma trajetória já [...], não foi a minha primeira vez, mas foi uma experiência de fazer sexo com mais qualidade [...].*

No entanto, no caso das pessoas que adquiriram a lesão medular, emerge a comparação entre os períodos vivenciados. Houve o depoimento de pessoas que a retrataram como desvantagem: *"você sempre tem um comparativo, é o antes e o depois, existe o Fulano antes e o Fulano depois ..."*, como também:

> *[...] a questão sexual... é diferente de antes da lesão, por mais que eu me adeque nunca será igual a antes, agora é tudo mais lento, demanda mais tempo, e nem dá pra ter relação sempre que a gente quer.*

Entre os que não tiveram vida sexual ativa antes da lesão, ao menos não com uma companheira, relataram que um ponto importante da descoberta da sexualidade é inicialmente a descoberta pessoal como seres sexuais, sendo necessário primeiro descobrir a própria sexualidade para depois se descobrir sexualmente com alguém, de forma a se constituir não em uma particularidade desses indivíduos, mas parte da maturação sexual onde, em geral, as pessoas vivenciam a descoberta da própria sexualidade, para depois descobrir e vivenciar com o outro. Contudo, o que é particular a esse grupo é que essa experiência tende a tardar, indicando que a incidência do trauma afeta o desenvolvimento psicológico e sexual, principalmente se considerarmos que a faixa-etária de maior incidência é entre 16 e 30 anos, encontrando-se os indivíduos no estágio crítico do desenvolvimento psicossocial marcado por identidade versus confusão de papéis e de intimidade versus isolamento.

Experiência sexual pós-incidente traumático

A vivência sexual foi relatada como um dos fatores mais importantes no processo de auto-adaptação sexual:

> *[...] a vivência foi fundamental, é que nem aquela história da primeira vez que eu saí de cadeira, que eu pensei... quem é a mulher que vai me encarar, como homem assim, uma insegurança muito grande, às vezes me escondendo atrás de algumas coisas, ou como há algum tempo atrás, mostrando o que eu não era, o que não era. Mas foi através de uma relação aberta e verdadeira entre eu e uma parceira é que eu fui me permitindo e percebi que valia a pena investir nisso, porque tem muito disso, porque se eu tô aqui preocupado em ti impressionar com elementos que eu já não os tenho mais e acho que, e só por aí, que eu posso mexer contigo, só por aí que eu tenho chance contigo, além de me frustrar, além de me enganar porque eu tô enganando a mim mesmo, ele tá perdendo o seu tempo, de coisa melhor que ele pode ter [...]*

Surgiram várias histórias de experiências sexuais, por exemplo, com profissionais da saúde:

> *Eu gostei dela durante esse período todo da reabilitação [...] foram quatro anos [...] depois de um tempo rolou um lance mesmo, desenvolvemos uma amizade fora dos atendimentos [...] começava umas brincadeiras, com uma intimidade que a gente vinha desenvolvendo, de amizade, de respeito mesmo, de gostar um do outro, sem segundas intenções, não era algo programado, mas a gente tinha desenvolvido essa afinidade [...] ela me contou: se lembra do concurso que eu fui fazer [...] eu fui aprovada, tenho que me apresentar na outra semana. Esse fato nos levou a ficar juntos, aí nós ficamos juntos, ela foi pra lá e eu fui pra ficar com ela [...] daí eu fiquei um tempo com ela, moramos um período juntos e tal, mas aí eu já voltei também, aí não deu mais certo, vivemos seis meses juntos, ela queria continuar sendo minha fisioterapeuta [...] mas foi muito jóia.*

Inclusive de iniciação sexual pós-lesão medular:

> *No início foi pouco (envolvimento sexual), eu acho que o meu caso é igual ao caso de muita gente que andava, assim que eu tive a lesão, eu tive um envolvimento com a enfermeira, logo de cara, mais eu ainda tava com aquela cabeça de que eu ia andar ainda, embora eu tinha a lesão, mas eu preferia achar que eu ainda podia andar, e ela também... Ela não aceitava aquele fato, era uma estagiária que foi cuidar de mim no hospital [...], e aí aconteceu aquele envolvimento, ela começou a me visitar fora do expediente dela, e aí*

> *uma hora ela dizia: eu não agüento ver você aí nessa cama, vai à luta! Foi muito por causa dela que eu fui para São Paulo, isso uns quatro meses depois da lesão.*

Este relato denota o despreparo de alguns profissionais da saúde em lidar com a deficiência e a sexualidade de seus pacientes.

Houve vários relatos de relacionamentos com mulheres com deficiência durante o processo de reabilitação *"[...] aí eu comecei a ter a minha primeira que eu posso dizer assim lá (na reabilitação), foi com uma deficiente física"*, bem como de envolvimento com o cuidador:

> *Depois, tive um problema, as escaras, né?! Que me levou ao hospital, tive que fazer uma cirurgia e aí então precisei de alguém pra me ajudar, aí veio a Fulana e aos poucos, ela morava lá em casa, foi surgindo um interesse e começamos a se relacionar, e estamos juntos há 7 anos, né!? Sete anos e meio.*

Inúmeras histórias de prostituição e principalmente do vazio resultante surgiram, sendo que um dos participantes justificou que, como a experiência sexual se generaliza pelo corpo após a lesão medular, já que não há sensibilidade e há dificuldade quanto à função sexual, a sexualidade se difunde deixando de ser estritamente genital, sendo melhor lidado e encarado com pessoas que tem sentimentos recíprocos pelos participantes do que com prostitutas que visam a funcionalidade, *"a gente entra vazio e sai ainda mais vazio da relação sexual"*, não havendo contribuição de nenhuma das partes.

Contudo, também houve relatos de pessoas recém-lesionadas há um, dois e até três anos após o incidente traumático, que ainda não haviam se envolvido sexualmente com uma companheira.

A natureza é sábia

Ao longo do estudo vários entrevistados comentaram que *"a natureza é sábia... ela sempre nos compensa de alguma forma [...]"* ou *"deixa a natureza agir, a natureza ela é sabia porque... porque ela poderia ter-me deixado em uma cadeira de rodas e com o tempo o sexo poderia ser coisa do passado"*, como evidencia-se no texto escrito há 11 anos por um dos participantes e publicado no jornal catarinense A Capital:

> *[...] novamente louvo o tempo e a natureza que, sutis, entram em ação, na batalha contra as seqüelas da limitação física decorrentes do acidente. Pela mesma natureza somos contemplados com a perspectiva de novas formas de expressão da sensibilidade. Como por encanto ou capricho natural emergem do âmago desse mesmo corpo mananciais de energia. Acentuada sensibilidade, prenhe de atributos significativos dá ao deficiente físico uma singular maneira de ser expandindo seus dotes artísticos, intelectuais e sexuais. SEXUAIS? É exatamente aí que a estonteante mudança ocorre, em uma alquimia maravilhosa do nosso corpo, permitindo a mais pura expressão do nosso deleite pela vida. Donde advém essa expressiva sensualidade e vivacidade no relacionamento amoroso de um paraplégico? O deficiente paraplégico em geral não comprometido com a ejaculação é contemplado com a energia sexual que não se perde, mas, se volta para seus sentidos, dando-lhes nitidez, desenvoltura e graça. Tornamo-nos amantes naturais, mais atenciosos, mais envolventes. Exagero? Não. Falo por experiência do 'antes' e do 'depois'. Acidentado aos 25 anos de idade, e há outros vinte e cinco em uma cadeira de rodas, faço este confronto, e, repito: nada devemos temer, pois, o que aparentemente é deficiente, na realidade excede em abundância de detalhes. A compensação natural nos torna mais conscientes da libido, e é dado ao toque o dom da excelência, inundando nossos sentidos de uma energia que não se perde, mas, que se irradia para um desfecho amoroso pleno de prazer recíproco, com flashes que iluminam o ser emocional e espiritual que somos. Os paraplégicos, sejam suas genitálias operantes ou não, devem ousar! Vencendo os preconceitos, proporcionarão a si e as/aos suas/seus companheiras/os uma interação prazerosa, quebrando o tabu e o mal entendido até agora mantidos. Desse modo, estaremos todos construindo uma cultura na qual são respeitados todos os seres humanos, na sua livre, igual e plena expressão de sua sexualidade.*

Esta percepção *"acredito que a natureza me compensou, desenvolveu o lado que sobrou meu de sensibilidade, o que eu tinha de sensibilidade, os olhos, a boca, o olfato, a mão, ficaram mais evidentes, então não tem como eu não estar bem [...]"* resulta da ação da neuroplasticidade, ou seja, da capacidade cerebral em adaptar-se às modificações morfológicas e/ou funcionais em circuitos neurais coordenadas pelo sistema nervoso central, bem como às mudanças comportamentais após traumatismos ou lesão do sistema nervoso (LENT, 2004).

Segundo Machado (1991) os impulsos provenientes de todas as vias da sensibilidade aportam no córtex cerebral, tornando-se conscientes e sendo interpretados, saindo desta estrutura os impulsos nervosos que iniciam e comandam os movimentos voluntários, sendo composto por giros ou circunvoluções cerebrais delimitados pelos sulcos ou depressões. O córtex cerebral possui funcionalmente três áreas: sensitiva, motora e de associação, sendo que a área sensitiva, que nos interessa inicialmente, compõem-se das áreas visual, auditiva,

vestibular, olfatória, gustativa e somestésica, tratando-se da região de sensibilidade somática geral, ou seja, de toda a superfície do corpo.

A região da sensibilidade geral localiza-se no giro pós-central, que corresponde às áreas 3, 2 e 1 do mapa de Brodmann. A área 3 localiza-se no fundo do sulco central, enquanto as áreas 1 e 2 aparecem na superfície do giro pós-central, sendo conduzidos para essas regiões os impulsos nervosos relacionados com a temperatura, dor, pressão, tato e propriocepção consciente da metade oposta do corpo.

Quando se estimula diretamente esta área com estímulos elétricos, os indivíduos têm manifestações sensitivas em determinadas partes do corpo e, ainda, podem acusar sensação de movimento em determinadas partes, apesar de não estarem em movimento, simplesmente em decorrência do estímulo elétrico na área somestésica cerebral supramencionada. Da mesma forma, quando os indivíduos são estimulados diretamente em determinadas partes do corpo de modo a ativar os receptores da superfície corporal ou, ainda, são feitos movimentos articulares, percebe-se atividade nas partes correspondentes da área somestésica, havendo correspondência entre as partes do corpo e a área somestésica do córtex cerebral (MACHADO, 1991).

Para representar esta associação entre as partes do corpo e o córtex cerebral, idealizou-se um homúnculo sensitivo, conhecido como homúnculo de Penfield, o qual corresponde a uma miniatura humana deformada e dependurada de cabeça para baixo no giro pós-central, na superfície do córtex cerebral.

O homúnculo corresponde a uma representação artística da maneira como diferentes pontos da superfície do corpo estão mapeados na superfície do cérebro, sendo que os traços grotescamente deformados são uma tentativa de indicar que certas partes do corpo, como os lábios e a língua, são grosseira e exageradamente representados por ocupar áreas desproporcionalmente grandes na superfície cerebral. Este mapa foi desenhado a partir de informações compiladas de cérebros humanos reais, pelo neurocirurgião canadense Wilder Peinfield, o qual realizou amplas cirurgias de cérebro em pacientes sob anestesia local durante as décadas de 1940 e 1950. Peinfield descobriu, entre outras coisas, uma estreita faixa que vai de alto a baixo em ambos os lados do cérebro, onde seu eletrodo produzia sensações localizadas em várias partes do corpo (RAMACHANDRAN, 2004).

Analisando a pessoa que é acometida pela lesão medular, a função da medula é mediar a informação do cérebro para o corpo e do corpo para o cérebro, havendo centros cerebrais responsáveis por perceber as diferentes sensações oriundas do corpo e por responder motoramente. Quando a medula é lesada, essa conexão é, portanto, interrompida. Contudo,

em caso de lesão medular, apesar da medula seccionada não transmitir a informação abaixo de seu dano para o cérebro ou do cérebro para áreas do corpo abaixo da lesão, a área cerebral responsável por perceber e responder aos estímulos não é danificada, continuando em funcionamento. Como as informações não chegam à área cerebral responsável pelas partes do corpo abaixo da lesão, esta não mais exercerá sua função, passando a ser utilizada e englobada por outras áreas que ainda estão em funcionamento. Deste modo, a área remanescente do corpo passa a corresponder a uma área maior no cérebro, conforme a disposição do homúnculo e deste modo torna-se mais sensíveis, sendo que quanto maior o estímulo, maior a sensibilidade desencadeada:

> *A sensação de prazer no corpo modificou. As partes do corpo que não foram afetadas pela lesão noto que estão mais sensíveis do que antes (da lesão), particularmente a boca e o peito... é uma sensibilidade realmente aumentada [...].*

Pode-se entender melhor como a neuroplasticidade auxilia a sexualidade de pessoas com lesão medular ao se realizar um paralelo com o estudo de Pons e colaboradores (1991) citado por Ramachandran (2004) sobre registros de sinais cerebrais de macacos submetidos a rizotomia dorsal, ou seja, procedimento no qual todas as fibras nervosas transmissoras de informações sensoriais de um braço para a medula espinhal foram cortadas, com resultados semelhantes ao da lesão medular que, abaixo de sua área lesada, recebem informações sensoriais mas não as transmite ao cérebro, não sendo identificadas.

Onze anos após a cirurgia, Pons e colaboradores (1991) fizeram registros cerebrais a partir do mapa somatossensorial, os quais não esperavam registrar qualquer atividade ao tocar a mão paralizada do macaco na área correspondente à mão na superfície cerebral e, de fato, foi o que encontraram. Contudo, ao tocar no rosto do macaco, perceberam atividade cerebral na área correspondente à mão paralizada. Aparentemente, a informação sensorial da face do macaco não somente ativava a área da face no córtex, mas também a área da mão paralizada. Essas descobertas implicam que o mapa sensorial cerebral de pessoas com lesão medular, bem como com outras deficiências tal como amputação, alteram o conjunto de circuitos cerebrais de um adulto, e que as conexões podem ser modificadas em distancias que abrangem um centímetro ou mais.

Em seus relatos pôde-se notar que as diversas zonas erógenas estimuladas durante a atividade sexual se constituem não somente em atividade preliminar, mas em núcleo da atividade sexual, como verificado no diálogo sobre a atividade sexual a seguir:

Pesquisadora: *Durante as preliminares, são realizados toques íntimos?*
Entrevistado: *Não, primeiro tem as preliminares, porque tem tanta coisa boa para aproveitar antes.*

Ou seja, os toques íntimos passam a ser valorizados como penetração, sendo reservados para o momento da relação, como se confirma no relato a seguir quando um dos participantes foi questionado sobre a atividade sexual de penetração vaginal:

> *Eu gosto de penetrar, eu acho difícil encontrar um paraplégico que ele não gosta de penetrar, ao menos que ele não possa. É que nem o homem quando ele andava, a primeira coisa que ele leva a mão é para os seios dela, para a bunda e para o órgão genital dela, para tocar, para mexer [...], eu não posso tá sem penetração e quando eu faço isso, é como se eu todo fosse penetrar nela.*

Em relação à sensibilidade na região genital, os participantes comentam sentir prazer proporcionado por estas regiões, porém alguns salientam que:

> *Debaixo do umbigo eu não sinto mais nada [...] nas coxas não, minha perna também não, nádega é relativo, vem é dum dejavu: nádega, pênis e testículo eu gosto dela tocar [...]. Eu não tenho a sensibilidade do meu membro (pênis), mais eu gosto... Eu não sei se é por que eu já fui bípede, mais eu gosto que a mulher... [...] eu sinto... Primeiro, eu sinto orgulho [...], e eu sei lá, eu não sei, eu sinto uma coisa, sente, sente, eu vou ficando [...]*

Função sexual

Se por um lado há dificuldades em iniciar-se sexualmente após a lesão, por outro, há dificuldades que surgem com as experiências pós-lesão, podendo evidenciar os diferentes níveis de disfunção erétil:

> *A primeira pessoa que eu fiquei mesmo foi [...] uma guria que ficava com todo mundo, né!? [...] ela falou para mim: oh Fulano! Eu quero ficar contigo. E eu dizia: você é muito bonita para querer ficar comigo [...] e quando ela me falava assim, mas você é muito bonito, eu ficava assim rãrãrãrã, tá zuando comigo. E ela vivia dizendo que ia lá em casa e um dia falei, então vá, eu deixei a janela aberta e não é que ela apareceu lá. E foi e tal e aí foi uma experiência meio frustrante, porque eu tinha... Por estímulo eu tinha ereção, mas eu não conseguia manter a ereção para terminar uma relação sexual, eu até começava, fazia a penetração, mas não conseguia terminar... E foi aí que eu percebi, antes eu não percebia,*

> *eu achava que poderia, ôh! Eu ficava brincando no banheiro lá e tal, achando que tava uma beleza... Durante a masturbação ela se mantinha..., e ali não, e eu não sei por que cargas d'água não dava ... E aquilo frustrou, né?! Lógico.*

Há os que apresentam disfunção apenas logo após a lesão medular, como evidenciado em um dos relados mencionados anteriormente com a obtenção da primeira ereção cerca de três meses após a lesão medular. Há os que apresentam disfunções permanentes relacionadas à obtenção da ereção:

> *A reação é assim, a gente toca em tudo, se der, o pênis fica duro, não assim como deveria, mas fica, às vezes fica até bastante, mas ela (companheira) não se importa com isso [...]* e *tem casos que fica pouco tempo, tem casos que fica muito tempo, eu não sei o que qui ocorre, e se não for isso, tem Viagra.*

Há os que se deparam com um quadro de disfunção sexual completa:

> *Desde a lesão eu nunca mais tive ereção, ejaculação ou orgasmo. Pra mim o orgasmo é uma sensação emocional, ligada ao carinho e a motivação. Sexo pra mim depois da lesão é simplesmente eu ficar conversando com alguém, sentir o carinho no olhar da pessoa, sentir transbordar um sentimento gostoso de dentro de mim, sentir, vivenciar essa sensação, esse sentimento. Já não é aquela vontade de pegar e transar.*

Desejo Sexual

Os participantes notaram diferentes mudanças no seu interesse por atividade sexual, alguns acreditam que *"realmente o desejo muda, mas o desejo permanece, pois não deixa a sua natureza humana"*, outros percebem-no potencializado:

> *O desejo mudou, ele aumentou... Aumentou no sentido que eu, antes da lesão, tinha um desejo normal, após a lesão, após uma fase de perdido, eu comecei a de repente perceber que toda a presença feminina, o órgão feminino me pareciam ser mais curioso, então a minha motivação para qualquer encontro amoroso é muito mais importante do que qualquer coisa antes [...], por quê? Eu não sei se por uma recuperação da minha dignidade, eu acho que tem uma mistura aí, porque havia uma necessidade de eu conquistar alguém, que depois eu consegui equilíbrio suficiente para perceber que havia uma insegurança nisso aí [...]. Hoje em dia é totalmente diferente, porque eu tô com ela,*

> *mas já aconteceu uma história antes, por que eu fui descobrindo, né!?, aí entrô todo um jogo de sedução que eu desconhecia totalmente.*

Alguns retratam-no simplesmente diferente em comparação a antes da lesão medular: "*não aumentou, nem diminuiu, nem se manteve, mas é completamente diferente de antes, não é mais movido ao aspecto carnal, físico, é físico, mas também é e preferencialmente sentimental"*.

Orgasmo

Comumente os participantes relataram que *"a reação sexual de um paraplégico vai pra cabeça e pras partes que não foram afetadas"*, descrito como uma tensão, por alguns prazerosa e por outros, incômoda gerando ansiedade, frustração, bem como cefaléia *"então aquela loucura que é despertada vai para o cérebro"*. O depoimento a seguir refere-se a um dos participantes que a sentem prazeirosamente: *"eu diria que não se compara ao de um bípede, eu acho que é mais intenso, mais profundo e mais prolongado, eu posso ficar o dia todo em êxtase, e fica mesmo!"*.

> *Existe uma corrente oriental que chama kundaline, porque que uma pessoa que chega ao ponto de se excitar, e excitar bastante e tem tudo para ejacular, mas se controla. Porque ele chega a um êxtase com aquilo ali e fecha os olhos e viaja para mares nunca dantes navegados. Eu acho que só pode avaliar quem passou por isso, quem passa por isso, porque uma pessoa normal, no momento que ele ejacula, aquilo vai relaxar ele. Eu diria que para mim, se pudesse intercalar as duas coisas, seria excelente, algumas vezes eu, pá, transbordo de ejacular, e outras vezes acontecer isso, esse tipo de reação que é superprazerosa, mas que me leva para uma outra dimensão, outro mundo, eu fico mais esperto e mais prazeroso com as coisas que preciso fazer e até a nível de crescimento, fico mais sensível, satisfeito. [...] eu posso falar que aumentou o orgasmo e aí os caras vão te falar: mas como aumentou o orgasmo se ele é paraplégico, se ele não tem ejaculação? Eu respondo, quer dizer que o orgasmo está na ejaculação? O orgasmo não tem nada a ver com a mente?! Eu acho que a mente é o sine qua non, às vezes você pode ter tudo isso aí, mas pode não ter desfrutado, então o orgasmo tem muito a ver com a sua mente, se ela tá preservada. Eu posso fazer um ato sexual mecânico e não gostar, eu posso encarar o ato sexual como um trabalho [...], pra mim, só porque eu não ejaculo, a priori o sentido da ejaculação é para fertilizar, agora, me diz uma coisa, os primeiros carinhos que são dados que não acontece ejaculação, loucos, gostosos, lascivos, você perde a noção do tempo, você deixa tudo, que coisa prazerosa, gostosa, mesmo que seja só cinco minutos, para mim*

> *é bem melhor do que três segundos de ejaculação. Eu ainda diria, eu posso ter uma ejaculação à noite de um sonho erótico, mas não se equivale a uma coisa palpável de eu tar com a minha mulher ou uma companheira, ela respirando, um ser vivo vibrando comigo, falando mil coisas pelo seu olhar, por que ela não está falando nada, nossos corpos... E só por causa de um detalhe, a falta de ejaculação, alguém vai afirmar então que não existe orgasmo!?*

Alguns vinculam o seu prazer ao prazer sentido pela companheira:

> *O contato íntimo da mulher comigo, eu fecho os olhos, aquilo é muito prazeroso, é muito prazeroso o calor do corpo dela [...], como é que eu posso explicar para ti, é um êxtase, e eu aprendi uma coisa assim, como eu não posso ter uma ejaculação, eu acompanho o corpo dela quando ela tá quase chegando, e eu aperto o corpo dela, e eu vou lá dentro, a respiração dela, tudo aquilo é uma viagem para mim, de interesse, não de desinteresse.*

Entre os que conseguem chegar ao orgasmo e ejacular, a sensação é descrita como prazerosa, mas diferente de antes da lesão, alguns relatam apenas um grande relaxamento corporal, outros sentem espasmos:

> *Cara, é uma coisa linda de ver! Quando eu tô de costas as pernas ficam batendo e tremendo, parece que querem andar sozinhas, cara. Qualquer tipo de espasmo depois de uma relação sexual para mim não existe igual, quando eu tô na posição por cima, aí é pra trás, é uma loucura, aí quando chega no orgasmo [...]. No começo eu não sabia o que qui tava acontecendo, às vezes eu até tinha medo, será que tá queimando a medula? Oh, caralho, eu ficava assim...*

Ejaculação

A primeira vez:

> *Eu já sentia o orgasmo, mas não era exatamente... Aí um dia eu fazendo ginástica em casa para manter, [...] e tinha um (exercício) depois que eu erguia os braços pra frente e as pernas pra trás e ficava arcado, assim, e me mexia e a parte do pênis ficava raspando no chão, ali no colchonete onde eu fazia a minha ginástica, dali a pouco eu ããããããã (sensação de prazer), meu Deus do céu o que qui tá acontecendo, e eu não sabia, aí eu falei: meu Deus! Parei, aí eu me virei assim e as pernas trurururururu, chacoalhando assim e eu olhei assim, ué, será que eu fiz xixi?! Aí eu ai, tinha ejaculado, tinha tido um orgasmo e ejaculado, aí eu saí louco, aí eu endoidei, né?! Ta louco, gente! Aquilo foi assim*

> *meu Deus... Aí depois, mais tarde já, eu peguei o pênis e tal, aí fiz um espermograma para ver e eu posso ter filhos!*

Alguns relatam que conseguem ejacular tanto em resultado à masturbação quanto intercurso, sendo, contudo, influenciado por fatores como posicionamento e freqüência:

> *Existe por exemplo na relação sexual até hoje posições em que eu consigo com maior facilidade [...], não sei se tem influência, mas eu, quando eu tô por cima ou numa posição, vamos dizer assim, de frente com a mulher, né?!, por exemplo, eu sentado e ela sentada e tal, aí o pênis fica numa posição mais... parece que favorece [...], aí lógico, tu vai aprendendo, até a forma de se masturbar, e mesmo assim ainda tem dias que eu não consigo ejacular, mas na masturbação eu quase sempre, na relação sexual nem sempre, é bem menos.*

Relataram, entretanto, que a forma de ejacular e a quantidade expelida é diferente de antes da lesão medular: *"não é assim como antes ... vinha em jato, vem a conta-gota, vem um pouco primeiro, depois mais um pouco"*, *"eu acho que (a quantidade é) um pouco menor assim, mas a concentração lá do mm cúbico ou sei lá como eles medem aquilo era... eu posso ter filho"*.

No entanto, percebeu-se o desconhecimento por algumas pessoas sobre a função ejaculatória pós-lesão medular: *"é por isso que eu digo, por isso que nós não temos a ejaculação, mesmo que tem ereção, a gente não tem a ejaculação, porque num vai pro centro (cérebro), é um mecanismo diferente"*.

Trajetória sexual de um dos participantes

Neste tópico abordaremos a trajetória sexual de um dos participantes segundo os relatos da pesquisadora:

> *Foi um depoimento bem interessante, pois o participante não tinha se descoberto ainda para a sexualidade antes da lesão. Logo após a lesão, enquanto hospitalizado, o participante relatou ter ereções reflexas continuamente que, se por um lado o fazia sentir-se homem, contudo, por outro, o incomodava, deixando-o desconfortável e sem graça, principalmente na frente das outras pessoas, tal como da enfermeira ao mexer no lençol. As constantes ereções e a forte espasticidade na região corporal abaixo da lesão o incomodavam a tal ponto que o fez procurar e concordar com a realização de um*

> *procedimento cirúrgico que, segundo o participante, cortou os tendões próximos à virilha e ao tornozelo, na parte interna das coxas e pernas, sendo alertado pelo médico da possibilidade de não voltar a ter ereção. Após a cirurgia, o participante relatou não ter qualquer ereção e optou por não ter vida sexual, sendo que o mesmo já tinha seus vinte e tanto anos. Ele então esclareceu que a sua descoberta, bem como a sua vida sexual, se dividem em três fases, consistindo dessa primeira fase, onde ele tinha ereção continuamente derivada de estímulos na região, independente da vontade de fazer sexo, a segunda fase onde houve o desligamento dos tendões e ele então ficou sem ter ereção ou sem vivenciar a sexualidade, não que o incomodasse, já que a ereção consistia em um problema, pois havia se tornado em algo desagradável, e uma terceira fase, onde teve que fazer um outro procedimento cirúrgico, o qual, para a sua surpresa, logo após o procedimento retornou a ter ereção, mas não como antes e, incluso, com o tempo, descobriu que podia se masturbar e ejacular. Ele se masturbava e sentia uma grande necessidade de ejacular, de expelir o esperma, de liberar, até que conseguiu ejacular, inclusive explicando qual o mecanismo utilizado para ejacular: quando estava com a bexiga cheia e tinha ereção, o que entre eles é chamado de tesão do xixi, estimulava a bexiga como que para fazer xixi, mas para obter uma ereção e também apertando a bexiga conseguia estimular uma ejaculação, conseguindo inclusive ter sensação de prazer e orgasmo, onde ele o descreve como uma sensação de um grande e intenso relaxamento.*

Uso de dispositivos facilitadores e abuso de medicação

Também há dificuldades relacionadas ao uso e abuso de medicações. Quanto ao uso, alguns reportaram que iniciaram o uso com Sildenafil (Viagra), o qual respondia satisfatoriamente, mas em decorrência do alto valor trocou pelo uso do Cialis, o qual não mostrou-se efetivo, Levitra, também não efetivo e ao retornar o uso de Sildenafil (Viagra), por sua vez também não resultou em melhoria na função sexual. Já em outros casos *"usei Viagra uma vez, a perna ficou dura, mas lá não aconteceu nada. Tentei muitas coisas"*.

Há resistência ao uso de dispositivo como próteses penianas:

> *Prótese eu não quis colocar. Porque na hora tem que ficar inflando e acho que sexo deve ser natural e surgir do casal, e essas coisas ficam muito forçadas, até porque seria pra satisfazer somente a companheira, porque eu não iria sentir nada... não tenho sensibilidade nenhuma no pênis.*

Há os efeitos colaterais oriundos da medicação, como um dos participantes relatou ter episódios de priapismo em decorrência de aplicações de injeções com Papaverina: *"chegava a ficar mais de 3 horas seguidas com ereção ... ia dando um mal-estar [...]"*.

Por outro lado, há o uso abusivo como referido por um dos participantes:

> *Eu não me sentia à vontade para me expor, você sabe, as pessoas tem essas curiosidades [...], uma época eu ficava com uma guria e não tinha ainda porque eu abrir toda a minha intimidade [...] então eu não contava que eu usava medicação. Na época não tinha Viagra, tinha que injetar papaverina, o problema é que tem que injetar no lugar certo, você afasta a pele da glande e injeta no corpo cavernoso. Então costumava aplicar uma vez do lado direito e outra vez do lado esquerdo, mas mesmo assim cada vez era uma nova aplicação, o certo era usar uma vez por semana, mas, ah! Não tinha jeito, né?! Usava muito mais e mais tarde acabou prejudicando o tecido, deu fibrose.*

Despreparo em lidar com a sexualidade da pessoa com deficiência

Durante as entrevistas, surgiram várias histórias sobre o despreparo das pessoas, tanto da população em geral quanto de profissionais da saúde, em lidar com a sexualidade das pessoas com lesão medular. Entre as histórias, há profissionais da saúde desinformados e com comportamentos preconceituosos:

> *Quando eu ainda namorava a minha esposa, eu fui ao médico e ela foi junto comigo. Quando o médico me chamou, me viu com a minha namorada, bem mais nova que eu, e pediu para eu entrar, mas primeiro sozinho. Quando eu entrei, ele me perguntou quem era, e eu falei: é a minha namorada. Ele me deu uma prensa, mas uma prensa daquelas! O que qui eu tava fazendo, que o que qui as mulheres querem eu não podia mais oferecer, o que qui eu achava que tava fazendo [...] e olha que a gente já ta junto há mais de 11 anos.*

O preconceito também se faz presente entre as pessoas da população em geral como demonstra o depoimento de um dos participantes que já vivia em união estável com sua parceira e, ao pretender oficializar a união, o padre o repreendeu comentando que por não poder ter relações sexuais e gerar filhos, não poderia se casar, pois não poderia consumar o casamento e cumprir com seu papel de esposo:

> *[...]e ainda com outros absurdos, né!? Com outros absurdos ainda porque eu praticamente fui ameaçado [...], na época que eu tinha namorada, que seria uma leviandade, um pecado eu casar [...], por que o casamento tem em vista a reprodução, e você não fazendo isso,*

> *você está indo contra a lei de Deus e além de você estar prejudicando aquela moça que poderia ter essa chance, e você tá atrapalhando.*

Alguns participantes acreditam que as implicações socioculturais da deficiência, ou seja, as barreiras sociais, por vezes se configuram em maiores dificuldades que as próprias implicações físicas oriundas da patologia:

> *[...] e se ele não faz (envolvimento e atividade sexual), não é nada por conta do trauma, não é nada por causa da paraplegia, é alguma coisa que falta ser esclarecida ou falta esclarecer alguma coisa que está bloqueando aí, às vezes um bloqueio, o bloqueio já existe pela própria sociedade, os próprios profissionais ajudarem simplesmente, são leigos, não se preocupam com isso, não vão a fundo, não ajudam em nada, pelo contrário, às vezes até desmotivam.*

Racionalizar a relação sexual

Outra questão emergente relacionou-se ao planejamento referente às atividades em geral, pois ao ir a um restaurante faz-se necessário que o estabelecimento tenha um banheiro adequado e uma vez que não tenha, a pessoa lesionada deve então controlar o consumo quanto à quantidade e escolha da bebida a ser ingerida, sendo que esse *"racionalismo"* também permeia e afeta a atividade sexual, uma vez que também deve ser planejada.

Alguns participantes comentaram que dificilmente conseguiram sair para um encontro, onde simplesmente transcorreu como antes da lesão *"Ah! Tô com tesão, vamo pra cama transar"*. Faz-se necessário o planejamento e a organização, geralmente avaliando a possibilidade de ir para algum lugar, este por sua vez deve ser acessível, sendo trabalhosa inclusive a questão do encontro: sair, se deslocar, o tempo de se arrumar, a cadeira, o transporte, o estacionar, é necessário um lugar que tenha acesso a veículos de deficientes para não haver carro parado ao lado de modo a dificultar a abertura da porta e retirada da cadeira, sendo todos esses aspectos planejados.

Também se analisa a possibilidade de resultar em atividade sexual. Deve-se então esvaziar a bexiga, já que a bexiga não esvaziada pode resultar na obtenção, mas não manutenção da ereção, portanto, não é simplesmente a vontade de ter atividade sexual, faz-se necessário toda uma preparação, sobretudo para os que utilizam medicamento.

É importante um ambiente onde possa ingerir ou aplicar a medicação, o que, por vezes, requer tempo. Portanto a questão de ter que, basicamente, racionalizar, pensar, planejar

todas as ações dificulta o envolvimento sexual porque, segundo eles, uma das melhores coisas que permeiam a atividade sexual é justamente a espontaneidade, romantismo, permitir que flua, então diante da situação de *"pintar o clima"* e precisar interromper para fazer uso de medicação, *"corta o clima... às vezes não só..., acaba com o clima!"* nem sempre recuperado posteriormente, ou readquirido, mas presente de forma diferenciada, o que *"atrapalha o romantismo"*.

Lidar com essa situação é facilitado quando se tem intimidade com a companheira, bem como a compreensão da mesma, tanto que salientaram a dificuldade quando se está diante de um novo relacionamento, onde o casal ainda não tem intimidade, pois *"não vou ficar me expondo"*, a tendência é realizar as ações sem que o outro perceba, o que *"ôh! Dá trabalho"*.

4.7. CONCLUSÃO

A capacidade de adaptação à sexualidade pós-lesão medular apresenta suas generalidades, bem como particularidades, principalmente ao considerar que muitos passam por esse processo sem o auxílio de profissionais capacitados, enfrentando as limitações impostas pela patologia, como também pela deficiência resultante e conseqüentes implicações sociais.

Essa habilidade foi completamente desenvolvida por somente um em cada oito homens deste estudo, os quais demonstraram distintas reações diante da sexualidade adaptada, desde a conformidade até a valorização.

Aproximadamente quatro em cada cinco apresentaram diferentes níveis de adaptação sexual, sendo, contudo, alto o índice de homens com lesão medular que afirmaram não ter-se adaptado à sexualidade modificada em decorrência ao incidente traumático.

Em busca da aquisição de informações sobre essa capacidade, foram realizadas comparações entre grupos de lesionados conforme algumas características e observou-se não haver diferença na adaptação sexual entre os distintos níveis de lesão, indicando que há outros aspectos envolvidos além das implicações físicas. Também não se notou diferença entre a capacidade de adultos jovens e maduros em se adaptar, não confirmando a concepção de que a idade atual exerça importante papel no ajuste sexual por pessoas lesionadas. Não houve diferença entre os participantes que receberam ou não aconselhamento voltado à sexualidade,

o que sugere que, embora tenha papel elucidativo, a atenção fornecida não vem contribuindo para o ajustamento sexual do homem lesionado. Por fim, não se verificou haver diferença entre ativos e não-ativos sexualmente, indicando que a percepção não foi alterada pela presença ou ausência de atividade sexual, não sendo acentuada a diferença entre praticantes e não-praticantes de atividade física, que, se por um lado não exerce papel fundamental, por outro deve auxiliar indiretamente ao favorecer a inserção social e melhoria da auto-estima.

No entanto, essa capacidade é diferenciada ao considerar o tempo de lesão medular, onde, se comparados aos recém-lesionados, os homens com muito tempo de trauma apresentaram índices mais elevados de adaptação sexual, expressando que o tempo de ocorrência exerce importante papel no processo de adaptação. Também é diferenciada ao observar a idade de incidência traumática, confirmando que esta afeta positivamente o ajustamento sexual de homens lesionados. Finalmente, é diferenciada diante do estado civil, onde os homens casados se depararam com a dificuldade de se adaptar à sexualidade pós-trauma.

Essa capacidade está relacionada a uma variedade de aspectos, como sociodemográficos, histórico de saúde e sexual, e componentes da sexualidade humana, estabelecendo relação com os quesitos, diante dos quais apresentaram melhores níveis de adaptação os homens lesionados com: maior escolaridade, estado civil solteiro, menor idade de incidência da lesão, ativo sexualmente, menor tempo de vida sexual ativa pré-trauma, embora o mínimo de experiência sexual prévia tenha se configurado em um importante fator para o ajustamento sexual pós-lesão, atividade freqüente, estabelecimento de parcerias sexuais, amplo repertório de expressões sexuais, preferência pessoal e da parceira pelas atividades realizadas, níveis elevados de interesse, excitação e satisfação sexuais, capacidade de obtenção de ereção espontânea, sendo esta o mais forte preditor da adaptação sexual, mantê-la firme, por tempo suficiente e capacidade de atingir o orgasmo, prazer proporcionado pelas regiões corporais do peito e pênis e, por fim, aconselhamento recebido pelo parceiro.

Embora esperado, a adaptação sexual não se correlacionou com o nível mais severo de lesão, tempo longo de trauma, maior tempo de vida sexual ativa após o incidente, não confirmando o ponto de vista de que a experiência sexual pós-lesão auxiliaria no ajuste à sexualidade adaptada, embora nas entrevistas os participantes relataram que a vivência sexual se constituiu em aspecto crucial, função ejaculatória e a utilização de dispositivos para favorecer a obtenção e/ou manutenção da ereção e receber aconselhamento.

Estes resultados indicam uma série de fatores que podem ser abordados em intervenções terapêuticas voltadas à sexualidade do homem com lesão medular,

demonstrando, por exemplo, a importância clínica de se avaliar a função sexual, buscando identificar e intervir sobre as disfunções sexuais e fazer ressalva sobre os agentes facilitadores indicados para a melhoria da função sexual e conseqüente ajustamento.

No que se refere ao aconselhamento sexual, aproximadamente metade dos homens relatou tê-lo recebido ou buscado após a lesão medular, mais freqüente entre os tetraplégicos, a grande maioria dos mesmos fornecidos por profissionais da área da saúde. Ressaltou-se, contudo, a natureza de algumas informações concedidas aos homens lesionados. Independente de terem recebido ou não, grande parte dos entrevistados se dispôs a receber aconselhamento, pois acredita na contribuição para a melhoria da qualidade de vida a partir da reabilitação voltada à sexualidade.

Somente uma em cada seis parceiras sexuais, por sua vez, recebeu algum tipo de informação ou aconselhamento, sendo elevado o índice de homens que não souberam informar sobre esta questão, podendo indicar a carência de comunicação entre o casal.

O presente estudo também forneceu o perfil do participante que recebeu ou buscou informações a respeito da sexualidade pós-lesão medular, sendo dados importantes para a elaboração de uma proposta de reabilitação sexual.

Em busca de compreender o processo de auto-adaptação à sexualidade pós-traumática, observou-se a importância do tempo, o qual por vezes age sobre esse processo, porém nem sempre de forma exitosa. Os participantes salientaram a valorização das capacidades sexuais remanescentes e o olhar diferenciado sobre a temática, concebendo-a de forma ampla, não somente centrado na genitália. Relataram situações e reações ao se depararem com a sexualidade pós-lesão medular, havendo diferentes opiniões sobre sua importância e mesmo prioridade logo após o incidente traumático; evidenciaram a falta de informação sobre a sexualidade e principalmente sobre a resposta sexual no período imediatamente posterior à lesão, o que resulta em série de sentimentos e reações até que é despertada, sugerindo que, na ausência de informações ou aconselhamento profissional, descobrem-se sexualmente de forma independente, muitas vezes com uma parceira na mesma situação, em geral, ainda no período da reabilitação, embora alguns, ao se depararem com a sexualidade do semelhante, relataram emergir a idéia pré-concebida e já internalizada a respeito da deficiência, principalmente vinculada à sexualidade, possivelmente por ainda estarem lidando com a nova condição.

Entre as dificuldades em lidar com a sexualidade pós-lesão medular, encontram-se a auto-estima, estima sexual, imagem corporal, que por vezes os coloca em situações constrangedoras e deprimentes, devido à desinformação e/ou falta de sensibilidade das

pessoas diante do corpo deficiente; os aspectos fisiológicos, tais como úlceras de decúbito, disfunção vesical e intestinal, espasticidade, falta de mobilidade, principalmente no início quando se está adquirindo a noção das limitações e potencialidades, constituindo-se em dificuldades na retomada da sexualidade, sendo que após a conquista da companheira, ainda há a descoberta de uma nova sexualidade a dois.

Algumas dificuldades são comuns a todos os participantes, outras, contudo, são particulares, a exemplo da distinção percebida entre os indivíduos que tiveram vida sexual ativa antes do incidente e os que não tiveram, onde os primeiros aprenderam a lidar com sua nova sexualidade e os últimos descobriram-na já alterada pela lesão.

Entre os que tiveram experiências sexuais prévias com um parceiro, alguns acreditam na influência positiva das mesmas sobre o processo de adaptação pós-trauma, entretanto, emerge entre alguns a comparação entre os períodos vivenciados.

Entre os que não tiveram vida sexual ativa pré-lesão, ao menos não com uma companheira, relataram que um ponto importante da descoberta da sexualidade é inicialmente a descoberta pessoal, sendo necessário primeiro explorar a própria sexualidade para depois se descobrir sexualmente com alguém, não se constituindo em particularidade desses indivíduos, mas parte da maturação sexual. No entanto, um aspecto deste grupo é que a experiência tende a ser postergada, indicando que a incidência do trauma afeta o desenvolvimento psicossexual e psicossocial do homem lesionado.

A vivência sexual foi relatada como um dos fatores mais importantes no processo de auto-adaptação. Alguns comentaram sobre experiências com outras pessoas nas mesmas condições durante o processo de reabilitação, com cuidadores, pessoas sem deficiência, prostitutas e inclusive com profissionais da saúde, em alguns casos iniciando-os sexualmente após o incidente, o que denota o despreparo de alguns profissionais em lidar com a deficiência e sexualidade de seus pacientes. Contudo, também houve relatos de pessoas recém-lesionadas há um, dois e até três anos, que não se envolveram sexualmente com um parceiro após o trauma.

A capacidade cerebral de adaptação, ou seja, a neuroplasticidade, foi inúmeras vezes mencionada pelos entrevistados, diante dos relatos de percepção aguçada das regiões com sensibilidade remanescente, verificando-se em seus relatos que as diversas zonas erógenas estimuladas durante a atividade sexual constituem não somente atividade preliminar, mas núcleo da atividade sexual, onde atividades como os toques íntimos são valorizados como penetração, sendo reservados para o momento da “relação sexual”.

Também pôde-se notar os distintos níveis de desejo, excitação e disfunção sexual, desde a disfunção somente logo após a lesão medular à total ausência de ereção anos após a mesma, mesmo diante da utilização de dispositivos e agentes facilitadores. O orgasmo, em geral, é relatado de forma diferente em comparação ao período anterior ao trauma, descrito como prazeroso, por alguns como um grande relaxamento corporal e por outros como espasmos, embora alguns o descrevam como uma tensão. Parte dos indivíduos vincula o seu prazer ao prazer sentido pela companheira.

A capacidade ejaculatória pareceu ser uma das mais prejudicadas, muitas vezes ocorrendo somente diante da masturbação, outras durante o intercurso, embora em grande parte ausente após a lesão. Os dispositivos mais utilizados foram os medicamentos, sendo notada resistência à utilização de outros agentes, tais como a prótese peniana. Nesse processo, também se deparam com os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados e as conseqüências do uso abusivo.

Foram recorrentes os comentários sobre o despreparo das pessoas da população em geral em lidar com a sexualidade dos homens lesionados. Há histórias de preconceito, insegurança, desconhecimento e as barreiras socioculturais muitas vezes se configuraram como dificuldades ainda maiores que as impostas pela deficiência.

Por fim, abordou-se a racionalização dos aspectos da vida diária dos homens lesionados, inclusive da relação sexual, sendo facilitada na presença de intimidade e compreensão por parte da parceira.

Grande parte dos aspectos mencionados anteriormente é passível de ser trabalhada na reabilitação e terapia sexual com o indivíduo ou casal, quando o homem apresenta lesão medular adquirida, bem como os achados encontrados servirão como importante contribuição na construção da proposta de reabilitação sexual, desde a preparação dos profissionais ao embasamento das terapêuticas a serem aplicadas.

5. REABILITAÇÃO SEXUAL PARA HOMENS COM LESÃO MEDULAR

Com o objetivo de desenvolver estudos voltados às áreas da saúde reprodutiva, sexualidade, corporeidade, gênero, orientação motora, co-educação e desenvolvimento, o Núcleo de Sexo, Gênero, Corporeidade e Sexualidade, cadastrado no CNPQ nas Linhas de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Desenvolvimento do Grupo de Pesquisa Psicologia do Esporte (LAPE), e em Saúde e Adaptação do Movimento Humano do Grupo de Pesquisa Atividade Motora Adaptada (GAMA - LABAMA), ambas do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), apresenta há dois anos suas atividades vinculadas ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* Mestrado em Ciências do Movimento Humano e às graduações em Fisioterapia e Educação Física (CNPQ, 2008).

Mais conhecido como Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade, o LAGESC estuda os aspectos amplos relacionados à saúde humana, considerando a prática da atividade física, dança e esporte em relação à saúde e ao bem-estar, bem como a relação entre a natureza e a cultura na formação do ântropos humano, considerando os aspectos do sexo e gênero de populações especiais e grupos minoritários em termos: fenótipos, sociais, culturais, de gênero, de deficiências e patologias.

O LAGESC possui uma linha de estudos voltada à sexualidade da pessoa com deficiência física e/ou doença crônica, desenvolvendo pesquisas do tipo survey junto a essa população, constando até o presente momento de três relatórios de pesquisa de iniciação científica *Vida Sexual após a Lesão Medular: o que mudou?* (CARDOSO *et al.*, 2006), *Nível de Resiliência e Estima Sexual de Deficientes Físicos* (CARDOSO *et al.*, 2007) e *Conhecimento de profissionais da saúde sobre reabilitação sexual na lesão medular* (CARDOSO *et al.*, 2008), quatro trabalhos de conclusão de curso da graduação em fisioterapia (MENDES, 2004; SILVA, 2006; CONDÉ, 2006; MARTINS, 2007) e os artigos *Self-Awareness of Male Sexual Response after Spinal Cord Injury (Autopercepção da Resposta Sexual Masculina após a Lesão Medular*, CARDOSO *et al.*, 2008*)* e *Sexual*

Satisfaction in People with Spinal Cord Injury (Satisfação Sexual de Pessoas com Lesão Medular, MENDES *et al.*, 2008*).*

Por meio destes estudos de natureza exploratória e enfocando alterações nos componentes sexuais em vista da lesão medular, percebeu-se a necessidade de se instituir terapêutica voltada à sexualidade dessa população. Notando-se a ausência nos programas de reabilitação de intervenção profissional voltada à temática, os pesquisadores vêm desenvolvendo estudos, como o apresentado nesta dissertação, na busca de elaborar propostas de reabilitação sexual, tendo por finalidade propiciar a readaptação sexual e, em última instância, promover a qualidade de vida e saúde sexuais.

Contudo, o despreparo profissional e a carência de conhecimento científico conduziram os pesquisadores à elaboração de uma proposta conjuntamente com as pessoas com lesão medular, companheiros(as), familiares e profissionais de saúde que as assistem, com o intuito de produzir conhecimento nesta área e desenvolver terapêutica que intervenha sobre as reais necessidades, anseios e potencialidades da população, à qual a reabilitação sexual se destina, sendo para isso instituída a pesquisa-ação como método de pesquisa, bem como criado e implementado o Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada, como apresentado adiante.

5.1. METODOLOGIA

O Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada consistiu em uma estratégia elaborada para dinamizar o estudo e propor resolução eficaz ao problema levantado pela pesquisa sendo, portanto, meio de pesquisa e intervenção terapêutica que priorizou interagir com os diferentes profissionais da saúde e com a população desse estudo, aliando o conhecimento científico da equipe com a prática adquirida pelos clientes, para a produção de conhecimento e elaboração de uma proposta de intervenção embasada.

Neste intuito, inseriu-se a metodologia qualitativa e especificamente o método de pesquisa-ação, por abranger uma pesquisa concebida e realizada em estreita associação com uma ação e resolução de problema coletivo, onde os pesquisadores e participantes estiveram envolvidos de modo cooperativo e participativo (MORIN, 2004; THIOLLENT, 2005; FRANCO, 2005).

Uma das especificidades da pesquisa-ação, segundo Thiollent (2005), e consistindo em condição básica para o desenvolvimento de estudos com essa proposta é a relação entre os objetivos de pesquisa ou de conhecimento e os objetivos de ação ou prática.

Enquanto o objetivo de pesquisa obtém informações expandindo o conhecimento sobre determinadas situações, de difícil acesso mediante outros procedimentos, neste caso a vivência da sexualidade após a lesão medular, com suas dificuldades físicas e barreiras sociais, o objetivo de ação é imbuído de realismo e dotado de alcance, contribuindo para a minimização ou resolução do problema identificado e considerado fundamental no estudo, no caso específico desta pesquisa, a construção de uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular, composta por temas e intervenções que reflitam os reais anseios, necessidades e potencialidades desta população, de modo a promover a qualidade de vida e saúde sexuais, mediante levantamento de soluções e propostas de ações de níveis realistas.

A pesquisa-ação, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, possui métodos de verificação e conhecimento do fenômeno estudado “mais frouxos” em comparação a uma pesquisa quantitativa, sendo “muito flexível” de acordo com Thiollent (2005, p.51). Também possui um dinamismo, uma vez que, embora haja um planejamento prévio e etapas para facilitar o trabalho com a pesquisa-ação, o processo de pesquisa é construído e modificado conforme a aplicação do estudo: “há sempre um vaivém entre várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada” (THIOLLENT, 2005, p. 51).

O autor supramencionado propõe alguns temas e elucida que a pesquisa-ação segue parcialmente uma ordem seqüencial: inicialmente a “*fase exploratória*” e ao final a “*divulgação dos resultados*”. Não há hierarquia entre as etapas intermediárias e, no intervalo entre as fases inicial e final, há a opção por diversos caminhos a serem seguidos conforme as circunstâncias, bem como as eventualidades. Comumente, as partes constitutivas de uma pesquisa-ação são: levantamento da situação, problemas prioritários e ações mediante exploração; definição do tema da pesquisa; delineamento dos problemas; estabelecimento do quadro de referência teórica; formulação de hipóteses; constituição dos grupos utilizando-se de seminários; delimitação do campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; aquisição das informações ou coleta dos dados; produção e circulação de informações gerando aprendizagem; estabelecimento da estrutura de comunicação mediante o estudo da relação entre o saber formal e o saber informal; formulação do plano de ação e divulgação das informações nos setores interessados.

5.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada como estratégia para a elaboração de uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular adquirida será apresentado neste tópico, que contempla os resultados obtidos com a pesquisa-ação implantada e as respectivas discussões considerando a literatura nas áreas da sexualidade, deficiência e reabilitação.

Este estudo será apresentado conforme os quatro estágios desenvolvidos: elaboração prévia da proposta do grupo como estratégia de pesquisa-ação; descrição do desenvolvimento de sua primeira etapa objetivando o levantamento dos temas relevantes; delineamento do desenvolvimento de sua segunda etapa para a definição dos temas, conteúdos e estratégias; e proposta de reabilitação sexual embasada nos resultados do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada.

5.2.1. Primeiro estágio da pesquisa: elaboração da proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada como estratégia de pesquisa-ação

Para a viabilização deste estudo fez-se necessário a elaboração da proposta do grupo. Para a elaboração da mesma considerou-se, entre outros aspectos, o local onde seria desenvolvida a proposta e o perfil dos pacientes a serem atendidos. Em decorrência aos contatos estabelecidos desde o ano de 2005, havia grande possibilidade de ser implantada no centro de reabilitação estadual, uma vez que seu dirigente, alguns diretores administrativos e profissionais tinham em meta ampliar os serviços prestados pela instituição, bem como favorecer o desenvolvimento de pesquisas, com o intuito de torná-lo um centro de referência no atendimento prestado, sendo, portanto, as pessoas recém-lesionadas o público-alvo a ser atendido pela proposta.

Considerando que ainda não haviam outras resoluções estabelecidas referente à proposta, estipularam-se alguns preceitos para a respectiva construção e o primeiro deles referiu-se à *definição*, baseando-se na finalidade da pesquisa, que deveria adotar uma estratégia de modo a consistir em meio de investigação científica e intervenção terapêutica, elaborada para dinamizar o estudo e propiciar a construção de uma proposta de reabilitação sexual, contemplando sua denominação como pesquisa-ação (THIOLLENT, 2005).

Deste modo, configurou-se como recurso da pesquisa-ação instituído para atingir os objetivos integrados (1) de pesquisa, na forma de investigação de uma realidade, a sexualidade de pessoas com lesão medular, e (2) de ação, como intervenção terapêutica, a reabilitação sexual para pessoas com lesão medular.

Para tanto, fazia-se importante para sua efetividade, que se priorizasse a interação entre os pesquisadores, diferentes profissionais da saúde e pessoas com lesão medular, de modo a aliar o conhecimento científico da equipe às distintas formações profissionais e às práticas adquiridas pelos participantes, permitindo aos envolvidos meios de tornarem-se capazes de responder com maior eficiência à situação implicada, bem como desenvolver a tomada de consciência e, ao final, implicar em produção de conhecimento e proposta de intervenção embasada.

Ao priorizar a interação, definiu-se que a estratégia para a viabilização da pesquisa-ação dar-se-ia por meio de atendimento dos pacientes em grupo mediado por um grupo de pesquisadores, os quais tinham distintas formações: terapia ocupacional, educação física, fisioterapia e sexologia clínica, estabelecendo-se, portanto, a *denominação da proposta* como Grupo Interdisciplinar, uma vez que compartilham as funções e a responsabilidade por fornecer os serviços, no desenvolvimento de um atendimento integrado e coordenado.

A partir da integração de suas ações, constituir-se-ia em transdisciplinar, no qual os membros responsabilizariam-se por ensinar, aprender e trabalhar através dos limites das especialidades, para planejar e fornecer os serviços integrados, assimilando as perspectivas dos vários membros da equipe para tomar as decisões e as habilidades de diversas disciplinas integradas em uma intervenção global (COHN, 2002).

Após sua definição, determinaram-se os *objetivos* do Grupo Interdisciplinar como pesquisa e ação. Como *pesquisa*, este grupo constituiu-se em fonte de informações referentes às preocupações relevantes e às práticas rotineiras inerentes à população, relacionadas à sexualidade modificada pela lesão medular, objetivando a definição de temas e intervenções que enfocassem o âmbito sexual, em parceria com os envolvidos neste processo, de modo a ser relevante à população ao qual se destina.

Em referência ao *objetivo de ação*, teve por finalidade elaborar e desenvolver terapêuticas apropriadas, orientação verbal, estratégias para assimilação ou melhoria da função sob a avaliação dos participantes, em uma proposta que oferecesse apoio emocional e respaldo profissional para a resolução de dúvidas e/ou problemas, constituindo-se em um espaço rico para trocas de experiências, como também meio de interação entre os participantes do projeto, e dos mesmos com os profissionais envolvidos.

Analisando seu objetivo de ação, observou-se que o Grupo Interdisciplinar foi idealizado como um *grupo de apoio ou suporte* ao pretender fornecer apoio para as pessoas acometidas pela lesão medular, às suas companheiras, familiares e profissionais que assistem a essa população, por meio de uma equipe interdisciplinar, sendo sua denominação ampliada para Grupo Interdisciplinar de Apoio (SCHWARTBERG, 2002; ZIMERMAN, 1997).

Percebendo que o Grupo Interdisciplinar de Apoio objetivou prover orientação e suporte multiprofissional, visando responder aos correntes questionamentos, minimizar ou sanar as dificuldades emergentes e atender às necessidades suscitadas pelos participantes segundo o olhar dos diferentes profissionais da saúde, também se caracterizou como *grupo terapêutico* (SCHWARTBERG, 2002; ZIMERMAN, 1997).

O termo Sexualidade Adaptada foi acrescido posteriormente ao verificar que este se constituía no foco do grupo e, diante de sua amplitude, haveria a possibilidade em se satisfazer aos objetivos relacionados aos primeiro e segundo estudos, descrevendo e compreendendo os fenômenos envolvidos.

O parâmetro seguinte referiu-se à fundamentação teórica e à resolução quanto a abordagem a ser adotada. Em um primeiro momento, estabeleceu-se o embasamento para atingir o objetivo de suporte e terapia, a Prática Baseada no Cliente, a qual considera a singularidade de cada paciente, centrando o atendimento às suas prioridades e capacidades remanescentes, percebendo a deficiência e suas implicações, neste caso específico, sobre a sexualidade, através do olhar do participante (SUMSION, 2003).

A partir desta abordagem, desenvolveu-se o instrumento Avaliação Centrada no Grupo, roteiro de entrevista semi-estruturado a ser utilizado no primeiro encontro com o objetivo de avaliar as prioridades dos participantes com base nas necessidades, dificuldades e potencialidades, aspectos que seriam abordados ao longo dos encontros do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada, também conhecido sob a sigla GIASA (NEISTADT, 2002). Este instrumento encontra-se no Anexo H.

Concomitante à realização do embasamento do GIASA estruturou-se sua proposta, sendo inicialmente composto por dois componentes: parte teórica mediante a discussão dos temas priorizados pelos participantes e posteriormente por temas livres, e parte prática, onde seriam realizadas atividades objetivando a expressão, a conscientização corporal e dos movimentos, sendo ambas descritas no *Plano de Atendimento do Grupo*, baseando-se na proposta de plano de tratamento, também composto por caracterização e objetivos do Grupo, a partir da Avaliação Centrada no Grupo, sugestões de propostas das intervenções teóricas e práticas, bem como os recursos terapêuticos a serem empregados, disponível no Anexo I.

Não foi instituída ordem fixa dos componentes do grupo, uma vez que a proposta de intervenção teórica poderia aliar-se às estratégias, envolvendo a utilização de ambos os recursos, conhecimento teórico e recurso prático. Cabe salientar que a proposta do grupo é dinâmica e poderia se modificar de atendimento a atendimento, conforme atividade proposta ou análise de cada encontro realizado, porém sempre baseadas nos fundamentos estabelecidos para o desenvolvimento do Grupo.

Para estruturar seus componentes, empregou-se a *Análise de Atividade voltada para o Grupo*, instrumento utilizado como forma de raciocínio clínico para descrever e analisar as propriedades terapêuticas das atividades propostas nos encontros do grupo, tendo a finalidade de esboçar os atendimentos realizados em cada encontro considerando os participantes do grupo, objetivos, capacidades e limitações, sendo uma ferramenta difundida no meio acadêmico e utilizada na prática clínica por terapeutas ocupacionais e, por isso, consagrada por seu uso (CREPEAU, 2002). Este instrumento encontra-se no Anexo J.

Uma vez que os encontros seriam planejados por meio da Análise de Atividade, deparou-se com a necessidade de se relatar os encontros, sendo, portanto, empregada a *Matriz Observacional* e o *Relatório*. A matriz consiste em método objetivo de observação de campo utilizado para direcionar a observação e facilitar a análise das complexas informações advindas do ambiente, bem como auxiliar no processamento dos dados obtidos e na avaliação profissional do encontro (LAKATOS; MARCONI, 2007). A Matriz Observacional, adaptada pela pesquisadora do modelo desenvolvido por Sanches *et al.* (2003), pode ser visualizada no Anexo K.

Já o Relatório constituiu-se na reprodução do atendimento pela pesquisadora, utilizando-se de sua percepção, como também da transcrição na íntegra dos encontros realizados, sendo, portanto, necessária a gravação do mesmo, realizada somente após solicitação e autorização dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento de Fotografia, Vídeo e Gravações, encontrado no Anexo F.

Por fim, com o propósito de analisar os encontros, foi elaborada a *Avaliação Individual sobre o Atendimento – versão Pesquisador*, avaliação individualizada e detalhada da sessão do grupo, com categorias similares ao incorporado no Plano de Atendimento do Grupo, que objetivou nesta primeira etapa avaliar o encontro como um todo, bem como seus componentes: tema sugerido, realização da proposta, obtenção dos objetivos, auto-avaliação e avaliação dos participantes (SCHWARTZBERG, 2002).

Esta avaliação refere-se a um questionário semi-estruturado composto por 7 questões voltadas à intervenção teórica e as mesmas 7 voltadas à intervenção prática, com resposta em

escala Likert de 11 pontos (de 0 a 10), seguidas por campos abertos para observações sobre cada questão, onde três delas variavam cada uma de *nada importante* a *totalmente importante* referindo-se ao tema sugerido, de *não foi realizada* a *realizada por completo* referindo-se ao desenvolvimento da atividade proposta, de *não alcançou* a *alcançou completamente* referindo-se aos objetivos obtidos e, as demais, variavam de *péssimo* a *excelente*. Ao final, havia três questões abertas: opiniões, sugestões e críticas. Este instrumento encontra-se no Anexo L.

Depois de analisar cada encontro, avaliavam-se os participantes com os objetivos de perceber as atitudes dos mesmos, pois resultavam em modificações no planejamento dos encontros, nos objetivos de ação ou até mesmo de pesquisa, e analisar o progresso de cada membro. Para tanto, adotou-se a *Conduta e Evolução*, relatório individual dos comportamentos e atitudes dos participantes-alvo ao longo dos encontros, que também serviu como fonte de informação sobre o grupo e a *Ficha de Freqüência*, de uso individual, utilizada para verificar a assiduidade dos participantes nos encontros do GIASA. Os instrumentos mencionados encontram-se nos Anexos M e N.

Durante o ano de 2006, enquanto transcorria o processo de elaboração do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada, os pesquisadores do LAGESC mantiveram o contato estabelecido desde o ano anterior com o centro de reabilitação estadual, o qual se mostrou interessado em implantar a proposta de reabilitação sexual para pessoas com lesão medular. O pré-projeto intitulado *Reabilitação Sexual para Pessoas com Lesão Medular* contava com a participação dos pesquisadores do Lagesc, bem como de profissionais da referida instituição.

Este pré-projeto foi encaminhado e avaliado pelo diretor geral da instituição, para o qual foi solicitada uma reunião para prestar maiores esclarecimentos e, caso definitivamente aprovado, formalizar o convênio entre instituições de saúde e de ensino. Aprovado o pré-projeto pelo diretor, o mesmo solicitou uma reunião com um dos diretores administrativos para a definição de questões relacionadas ao espaço físico a ser utilizado pelo projeto e ao profissional da instituição de saúde que acompanharia a proposta de reabilitação sexual, se responsabilizando pela mesma.

Disponibilizou-se aos pesquisadores a única sala não utilizada da instituição que acomodaria o projeto, sendo um local de referência do projeto para os profissionais e pacientes no centro de reabilitação, e onde seriam realizadas as entrevistas, atendimentos individualizados, esclarecimentos de dúvidas e orientações, ficando à disposição para os encontros do GIASA a sala de estudos.

Foi-nos solicitada uma reunião com os profissionais da instituição para a apresentação da proposta, a qual seria iniciada no ano seguinte, uma vez que já havia transcorrido o ano de 2006. A reunião realizada objetivou apresentar a proposta do GIASA, convidar os interessados a se integrar à mesma e, principalmente, estabelecer parceria favorecendo o encaminhamento dos pacientes ao projeto.

Durante o mês de janeiro a bolsista do LAGESC, a qual auxiliaria os pesquisadores no projeto, esteve presente na instituição para perceber a dinâmica da mesma: os horários de maior movimento e ociosidade, já que os pacientes são conduzidos à mesma por transporte fornecido pelo Estado e permanecem durante todo o período, como também conhecer as pessoas atendidas e divulgar o projeto entre os pacientes e funcionários.

No mês de fevereiro os profissionais do LAGESC retomaram as atividades na instituição de saúde e se depararam com uma nova situação: implantou-se o centro de capacitação responsável pelas pesquisas a serem realizadas na mesma. Foi-nos informado que, como o projeto já havia sido aprovado pelo diretor e já estavam sendo utilizadas as dependências da instituição, o mesmo deveria somente tramitar e ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, uma vez que a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, anteriormente aceita pela instituição de saúde, não foi considerada válida pela nova gestão.

Em março, o LAGESC solicitou apreciação do projeto de pesquisa e extensão *Reabilitação Sexual para Pessoas com Lesão Medular: da readaptação sexual à intervenção terapêutica* pelo comitê anteriormente mencionado, sendo apreciado em abril com a decisão de não aprovado, contudo com solicitações de alterações. Observou-se, entretanto, que as solicitações não se referiam aos aspectos éticos da pesquisa, mas aos metodológicos *"esclarecer melhor as etapas do projeto separando claramente as atividades que fazem parte da pesquisa de mestrado, quais as etapas serão desenvolvidas no TCC"*, *"definir quanto tempo participarão do grupo de apoio? Como participar [...]"* entre outras, sendo considerado pelo referido comitê como um projeto de extensão: *"deixar claro o papel da instituição de saúde como um projeto de extensão, sugere-se que seja feito um protocolo específico entre as instituições de saúde e ensino deixando claro esta parceria e os papeis de cada um"*, modalidade de projeto que, por sua vez, não exige a aprovação por comitê de ética em pesquisa.

O projeto de reabilitação sexual do LAGESC, elaborado pela atual pesquisadora, foi assumido pela mesma em concordância com os demais pesquisadores do laboratório como

projeto de pesquisa do mestrado, encontrando-se entre outros motivos o de facilitar a tramitação e aprovação do mesmo, como também o desinteresse dos demais profissionais em dar continuidade à pesquisa após um ano e meio de esforço para implementar a mesma, cabendo salientar que o mestrado tem duração de 24 meses.

Após reformulá-lo, a pesquisadora se encaminhou ao centro de reabilitação para solicitar novamente a assinatura dos documentos pelo diretor para encaminhar as alterações feitas ao referido comitê. Entretanto, foi informada pela responsável pelo centro de capacitação que o projeto seria revisto pela instituição, a qual não se interessava pela pesquisa, apenas pela extensão –, ou seja, pelo serviço a ser prestado –, e que, portanto, deveria ser novamente reformulado e enviado para aprovação pelo comitê de ética, *em pesquisa*.

Complementarmente, foi notificada de que o papel dos profissionais do LAGESC seria preparar os profissionais da instituição de saúde para que os mesmos atuassem com a reabilitação sexual, o que seria inviável já que os pesquisadores, todavia, não tinham capacitação para formar profissionais para atuarem na reabilitação sexual, uma vez que pretendiam elaborar e desenvolver a proposta juntamente aos participantes e profissionais de saúde.

Em resumo, o despreparo dos responsáveis pela instituição de saúde, a alteração dos interesses relacionados à proposta e a reeleição do governo estadual, que inaugurou uma nova gestão no centro no início do ano de 2006 e resultou na substituição dos diretores do referido centro inviabilizaram a implantação do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada nesta instituição.

O passo seguinte foi o desenvolvimento da proposta do grupo na própria instituição de ensino, o Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC considerando seus projetos esportivos adaptados e a Clínica de Fisioterapia, sendo implantada sua primeira etapa e, portanto, dando início ao segundo estágio da atual pesquisa.

5.2.2. Segundo estágio da pesquisa: implantação da primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada para o levantamento dos temas pertinentes

Este segundo estágio contempla o *objetivo específico* de identificar os conteúdos pertinentes à sexualidade das pessoas com lesão medular adquirida, possibilitando a definição

dos temas e sugestão das intervenções a serem incorporadas à proposta de reabilitação sexual sugerida por esta pesquisa.

Para a concretização dessa etapa, primeiramente selecionaram-se os *participantes*. Para a seleção dos mesmos, utilizou-se a técnica de *amostragem baseada no critério*, sendo definidos os padrões que caracterizaram o perfil das pessoas a serem convidadas a participar do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada: pessoas clinicamente diagnosticadas com lesão medular, com idade acima de 18 anos, excetuando pessoas entre 16 e 18 anos com autorização dos pais ou responsáveis, e ausentes de déficits cognitivos.

Foram portanto convidados os participantes dos estudos anteriores e, ainda, selecionados em clínicas e centros de reabilitação, associações e projetos esportivos voltados aos interesses das pessoas com lesão medular, o que caracteriza amostragem intencional do tipo *focus groups*, bem como foram convidados por meio de indicação realizada pelos participantes que se integraram ao grupo, caracterizando a amostragem intencional do tipo *snow ball*, ambas apresentando representatividade qualitativa segundo Turato (2003).

Igualmente ao primeiro e segundo estudos, os participantes foram *informados* sobre os objetivos da pesquisa e funcionamento do grupo, bem como de seus respectivos papéis como parceiros na elaboração da proposta de reabilitação sexual sugerida. Num segundo momento, as pessoas que aceitaram os termos propostos e que ainda não haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Fotografia, Vídeo e Gravações, foram solicitadas a assiná-los.

Alguns *profissionais* de saúde foram *convidados* a participar dos encontros do Grupo Interdisciplinar de Apoio, contribuindo com informações a serem transmitidas aos participantes. Os pesquisadores, por sua vez, foram selecionados no Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade, conforme interesse em pesquisar e contribuir para a reabilitação sexual dessa população, estando, contudo, aberto a qualquer profissional que compartilhasse dos mesmos fins.

Esta primeira etapa do GIASA iniciou-se em maio de 2007 e finalizou em setembro do mesmo ano, totalizando 16 reuniões entre os pesquisadores e profissionais para: criação e implantação da primeira etapa (3), elaboração dos encontros (8), análise dos resultados e elaboração dos seminários a serem aplicados na segunda etapa do Grupo (5); 8 encontros do Grupo Interdisciplinar de Apoio e 16 pessoas envolvidas entre pesquisadores, profissionais de saúde, pessoas com lesão medular e outras deficiências físicas, e acompanhantes.

As tabelas 5.1. e 5.2. apresentam a caracterização dos participantes, pesquisadores e profissionais envolvidos na primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio.

Tabela 5.1. Caracterização dos participantes da primeira etapa do GIASA

Identificação	Profissão	Idade	Tempo lesão	Nível lesão[1]	Tipo de lesão	Idade de incidência[2]	Causa da lesão	Grau de escolaridade	Itens de cons.[3]	Raça ou cor	Religião	1ª ativ. Sexual[4]
Participante 1	Engenheiro	51	26	T12-L1	Paraplegia	25	Acidente de transito	3º grau completo	2	Branca	Católica	1 ano
Participante 2	Autônomo	53	37	C4	Tetraplegia	16	Mergulho	2º grau incompleto	0	Morena	Católica	10 anos
Participante 3	Bancário aposentado	59	34	T10	Paraplegia	25	Arma de fogo	3º grau incompleto	1	Morena	Evangélica	4 meses
Participante 4	Funcionário Público	26	18	T3	Paraplegia	8	Arma de fogo	3º grau completo	4	Branca	-	8 anos
Participante 5	Autônomo	41	21	T8-T10	Paraplegia	19	Acidente de transito	Pós-grad. Mestrado	4	Branca	Católica	4 meses
Participante 6	Vendedor e aposentado	37	22	T12-L1	Paraplegia	16	Acidente de transito	2º grau completo	2	Branca	Espírita	6 anos
Participante 7	Estudante	17	2	T12	Paraplegia	15	Queda	2º grau completo	1	Morena	Evangélica	1 ano
Participante 8	Autônomo	54	37	T12	Paraplegia	17	Queda	2º grau completo	2	Branca	Evangélica	11 anos
Participante 9	Presidente de entidade	-	Poliomielite					-	-	Morena	-	-
Participante 10	Companheira											
Participante 11	Companheira											

[1] Somente alguns participantes tiveram a lesão classificada conforme classificação neurológica ASIA .
[2] Idade que sofreu a lesão medular.
[3] Números de itens de consumo de uma escala de 04 componentes (ar condicionado, carro, computador, tv a cabo).
[4]Tempo após a lesão medular que teve a primeira atividade sexual com uma parceira.

Tabela 5.2. Caracterização dos pesquisadores e profissionais da primeira etapa do GIASA

Nome	Profissão	Formação Acadêmica	Função no GIASA
Ana Carolina Rodrigues Savall	Terapeuta Ocupacional	Especialização em Sexualidade e Educação Sexual pela Universidade de Buenos Aires (UBA) e Mestrado em Ciências do Movimento Humano pela UDESC (ambos em andamento)	Pesquisadora, coordenadora do GIASA e mediadora principal
Fernando Luis Cardoso	Educador Físico	Especialização em Educação Sexual, Orientação Sexual, Sexologia Clínica e Erotologia pelo Institute for Advanced Study in Human Sexuality (IASHS), Mestrado em Antropologia Social pela UFSC, Mestrado em Saúde Pública e Doutorado em Sexualidade Humana, ambos pelo IASHS.	Pesquisador, orientador da pesquisa e sexólogo do GIASA
Rozana Aparecida da Silveira	Educadora Física	Especialista em Dança Mestrado em Ciências do Movimento Humano pela UDESC (aluna especial)	Pesquisadora e co-mediadora
Stella Maris Michaelsen	Fisioterapeuta	Mestrado em Biomecânica e Fisiologia do Movimento pela Universidade de Paris XI e doutora em Ciências Biomédicas – opção Reabilitação pela Universidade de Montreal.	Profissional da saúde convidada
Aline Knepper Mendes	Fisioterapeuta	Mestrado em Ciências do Movimento Humano pela UDESC (em andamento)	Pesquisadora
Caroline Pereira Martins	Fisioterapia	Graduação de Fisioterapia pela UDESC (em andamento)	Bolsista de Iniciação à Pesquisa (PROBIC)

Nesta primeira etapa, a *intervenção* do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada caracterizou-se por atendimentos em grupo realizados uma vez por semana, com duração mínima de 90 minutos, coordenados pelos profissionais que compuseram a equipe do GIASA, nas figuras do mediador principal e co-mediadores.

Os encontros caracterizaram-se por discussões de *temas livres*, sugeridos pelos pesquisadores ou pelos participantes, seja na Avaliação Centrada no Grupo ou durante os encontros, utilizando-se de comentários, informações do meio científico, questionamentos, histórias de vida e textos produzidos pelos próprios participantes. As atividades do Grupo Interdisciplinar de Apoio foram desenvolvidas nas salas 7, 11 e auditório do referido centro, caracterizados por serem espaços fechados, assegurando a privacidade dos participantes, onde puderam ser agrupadas em média 20 pessoas, entre elas os cadeirantes, os profissionais de saúde e os pesquisadores.

A dinâmica desta primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio visou contribuir para a promoção da qualidade de vida e saúde sexual dos participantes envolvidos no programa, bem como para a identificação das necessidades ou problemas pertinentes e construção de conhecimento coletivo, mediante a discussão entre os envolvidos dos temas propostos e levantamento dos temas relevantes.

Todos os encontros desta etapa foram previamente planejados com a utilização da *Análise de Atividade* (Anexo J) e posteriormente analisados conforme *Matriz Observacional* (Anexo K). Os temas abordados nos encontros foram definidos conforme solicitação dos participantes, de acordo com a *Avaliação Centrada no Grupo* (Anexo H) aplicada no primeiro encontro e quesitos de importância definidos pelos profissionais, embasados na literatura, na conduta de atendimentos existentes de reabilitação, orientação, aconselhamento e educação sexuais. A cada encontro os participantes foram avaliados conforme *Conduta e Evolução* e *Frequência* (Anexos M e N).

Os riscos para os participantes foram mínimos por envolver apenas as pessoas que concordaram totalmente com o processo de intervenção sem obrigatoriedade alguma de participação. Como o projeto enfocou um assunto que é “tabu” em nossa sociedade, os questionários ou certos temas abordados no grupo de apoio poderiam vir a constranger alguns participantes. Para minimizar o desconforto ou constrangimento, quando as pessoas foram convidadas a participar do estudo, todos os detalhes sobre a pesquisa foram explicados: do que se tratava, os objetivos, relevância e alertou-se para o possível desconforto ou constrangimento que o tema sexualidade humana poderia suscitar.

Referente ao Grupo de Apoio, inicialmente procurou-se desmistificar o assunto e tratá-lo de forma natural, porém com seriedade, podendo ter a opção de se retirarem dos atendimentos ou da pesquisa, quando lhes conviesse.

Outro procedimento realizado para evitar riscos referiu-se à escolha dos assuntos abordados no grupo: foram discutidos entre os participantes e equipe, sendo definidos pelos próprios participantes de acordo com seus interesses e prioridades, desde que também houvesse concordância da equipe, o que acredita-se que facilitou a participação, evitando constrangimentos ou desconfortos.

Cada encontro será delineado apresentando-se os objetivo, atividades propostas, temas discutidos, bem como procurou-se transmitir a forma de aplicação do grupo e suas alterações no decorrer dos encontros, denominado dinâmica do processo, e sua influência na formatação da pesquisa-ação, designada dinâmica da pesquisa[2], uma vez que se implementou a estratégia planejada, seguida por reflexão autocrítica objetiva e por avaliações dos resultados da ação, os quais alicerçaram o (re)planejamento, constituindo em um ciclo de aprimoramento do agir no campo da prática e da investigação de seu conhecimento, característicos da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2005).

Primeiro encontro: Apresentação

No dia 17 de maio de 2007 iniciaram-se as atividades do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada no CEFID, sala 07, no período de 19h00min às 20h30min. Este primeiro encontro objetivou apresentar os pesquisadores, conhecer os participantes do grupo e expor a proposta do GIASA como projeto de pesquisa e extensão (ação). Diante dos objetivos, propôs-se as seguintes atividades: apresentação dos participantes e pesquisadores promovendo interação inicial; apresentação da pesquisa referente aos objetivos, procedimentos (intervenção teórica e prática), instrumentos de avaliação, retorno aos participantes quanto aos resultados obtidos e possíveis benefícios, de modo a familiarizá-los com a proposta: com o que a envolvia, porque e como seria desenvolvida, obtendo-se, em seguida, opiniões, sugestões e críticas. Para finalizar a intervenção teórica, objetivou-se a

[2] Faz-se necessário salientar que:

- As observações em itálico entre aspas duplas referem-se tanto à percepção da pesquisadora quanto aos encontros, como aos comentários dos participantes relatados pela pesquisadora ou transcritos, os quais foram retirados do Relatório e das Avaliações Individuais sobre o Atendimento – versão Pesquisador.

realização da Avaliação Centrada no Grupo, a qual tinha por finalidade obter informações relacionadas a dúvidas, curiosidades, necessidades e anseios, possibilitando a definição das prioridades e, portanto, dos temas a serem trabalhados nos encontros. Considerou-se, contudo, o cuidado com a forma de se abordar e direcionar o assunto, evitando desconforto ou constrangimento.

Em um segundo momento, caracterizando a intervenção prática, propunha-se realizar atividade de alongamento com o objetivo de estabelecer um primeiro contato com a corporeidade, percepção das potencialidades e limitações de cada participante, considerando que o encontro, bem como a proposta como um todo, foi planejado para pessoas recém-lesionadas.

Participaram deste primeiro encontro a pesquisadora, outros dois pesquisadores do grupo e três pessoas com lesão medular, dos quais somente um relatou ser recém-lesionado, apresentando dois anos de trauma, enquanto os demais relataram ter cerca de vinte anos de lesão, um deles acometido na infância e o outro, no início da vida adulta. Provavelmente, esta peculiaridade em relação aos participantes deveu-se à divulgação realizada pessoalmente nos projetos paradesportivos, que, se por um lado, não abriga a população específica da pesquisa, por outro, são locais onde se encontram pessoas com essa particularidade.

A proposta de intervenção teórica foi considerada pela pesquisadora como totalmente importante, sendo *"fundamental em se tratando do primeiro encontro"*. Contudo foi realizada *menos da metade prevista*, uma vez que *"os pesquisadores não estavam todos cientes sobre a forma de aplicação da proposta (dinâmica do processo), modificando o foco da atividade sugerida, embora a intervenção realizada estivesse dentro do objetivo do encontro, sendo que o realizado foi muito importante"*, não sendo realizada, contudo *"a Avaliação Centrada no Grupo para estipularmos as prioridades de atendimento"*. *"Apesar de não realizadas todas as atividades sugeridas, os objetivos foram alcançados referentes à conscientização dos participantes em relação à proposta do grupo"*, ou seja, alcançou-se mais da metade dos objetivos propostos.

A intervenção teórica foi qualificada como ótima, sendo a atuação dos pesquisadores qualificada como boa, pois *"procuraram ser objetivos e profissionais, deixando-os cientes sobre o projeto proposto"* e *"em geral foi uma atuação muito boa de todos (pesquisadores), demonstrando compromisso com o grupo, respeito à opinião e aos comentários dos participantes"*, não obtendo, contudo, uma qualificação excelente, pois *"algumas colocações foram consideradas pessoais e impositivas, denotando crenças particulares"*. A participação

das pessoas com lesão medular durante a intervenção teórica foi considerada excelente, pois *"participaram com atenção, ânimo e respeito, interagindo com os pesquisadores e entre si"*.

A proposta de intervenção prática foi considerada também importante, pois *"de acordo com o objetivo proposto, é uma excelente atividade para percebermos as potencialidades e limitações, valorizando e usufruindo das possibilidades de cada um, sem desrespeitar os limites pessoais e evitando frustração"*. Contudo, a intervenção prática não foi realizada, pois *"o tempo foi insuficiente, sendo totalmente utilizado na intervenção teórica"*.

Durante este primeiro encontro, *"os participantes expuseram alguns comentários e opiniões pessoais"* relacionados ao longo e, por vezes, dificultoso processo de auto-adaptação à sexualidade alterada pela lesão em conseqüência à *auto-estima afetada* e *disfunção sexual*; à importância da reabilitação sexual; ao uso abusivo e conseqüente efeitos de medicamentos para favorecer a função sexual; às experiências sexuais pós-lesão com profissionais da saúde e outros pacientes durante o processo de reabilitação; à insegurança do participante em relação ao parceiro, ocultando informações principalmente no início do relacionamento; à imagem do corpo deficiente diante de algumas situações, tal como comentaram *"não gosto de dançar ou ver deficiente físico dançando"*; e aos possíveis benefícios do grupo a pessoas recém-acometidas pela lesão medular. Por fim, verificou-se questões relacionadas aos preceitos teóricos e sua (in)adequação quando aplicados a diferentes populações.

Puderam ser observadas reações dos participantes durante o encontro, principalmente diante da exposição de comentários e opiniões pessoais, verificando-se expectativa, nervosismo, atenção, silêncio, confiança e satisfação, tanto por parte dos participantes quanto dos pesquisadores.

Mediante condutas da parte dos profissionais como empatia, valorização dos participantes, uma vez que a proposta seria elaborada em conjunto com os mesmos, confiança e compromisso, procurou-se estabelecer vínculo terapêutico com os participantes, importante para a viabilização da pesquisa e da intervenção (pesquisa-ação) (JORGE, 1985; SAVALL, 2004; THIOLLENT, 2005).

SEGUNDO ENCONTRO: PRIORIDADES!!!

No dia 24 de maio de 2007 foi realizado o segundo encontro do Grupo Interdisciplinar de Apoio com a participação da pesquisadora, dois outros pesquisadores, uma delas presente

pela primeira vez, e os mesmos participantes do encontro anterior. Definiu-se como tema da intervenção teórica *"Sexualidade Humana e Sexualidade Adaptada"*, cujo objetivo era transmitir aos participantes noções básicas a cerca destes assuntos, ou seja, o que é comum a todas as pessoas e o que é particular às pessoas lesionadas. O tema escolhido para a intervenção prática foi *"Potenciais e limites de corpos ~~deficientes.~~ com deficiência"* objetivando um primeiro contato com a corporeidade.

A intervenção teórica sugerida foi considerada totalmente importante, uma vez que *"a proposta [...] é que discutíssemos sobre a sexualidade em geral e a suas alterações em decorrência à lesão, definindo os componentes sexuais para que ficassem claros e não houvesse confusão ou dúvida quando fossem abordados, evitando ambigüidades durante as discussões, onde pessoas falam sobre o mesmo assunto, porém nomeando os componentes de forma diferenciada, sendo o contrário também válido"*, ou seja, fazem menção a assuntos diferentes, nomeando-os da mesma forma. Também foi proposta *"outra atividade muito importante... a Avaliação Centrada no Grupo, onde pudemos levantar informações junto aos participantes de modo a perceber os conteúdos relevantes que nortearão os próximos encontros"*.

Esta intervenção alcançou mais da metade dos objetivos propostos, já que *"pudemos realizar a Avaliação Centrada no Grupo, o que possibilitou a aquisição de informações, a percepção de expectativas, dúvidas e sugestões de temas. Apesar de não termos abordado a sexualidade como planejado, muito foi comentado sobre o tema de forma livre e esclarecedora, indo ao encontro do objetivo do Grupo como pesquisa"*, sendo a intervenção proposta qualificada como *excelente*. A atuação das pesquisadoras foi considerada excelente por terem *"respeitado o momento, onde os participantes estavam à vontade para comentar diversos assuntos relacionados à sexualidade, ao invés de impor o planejado, até porque não se afastou do que pretendíamos trabalhar"* e *"os pesquisadores estavam bem organizados, sintonizados com a proposta que fluiu muito bem"*, sendo igualmente qualificada como excelente a atuação dos participantes, pois *"participaram ativamente, interagiram. Até o mais novo, geralmente mais calado contribuiu, sentindo-se à vontade"*.

Por sua vez, a intervenção prática sugerida também foi considerada totalmente importante, *"para um primeiro contato, pudemos perceber as limitações e potencialidades de cada um"*, sendo realizada por completo e alcançando a totalidade dos objetivos propostos. Esta foi qualificada como ótima, *"os alongamentos foram um pouco longos, apesar de que foram realizados considerando o tempo ideal para produzir efeito, contudo foi o primeiro dia*

que trabalhamos atividade corporal com eles, portanto, há que passar por um momento de adaptação à prática, uma vez que resultou em câimbra em um dos participantes. Também a falta de contato e intimidade gerou certo constrangimento durante a prática [...]"; entretanto possibilitou a percepção das limitações: *"durante alongamento também percebemos a dificuldade relacionada ao equilíbrio de um dos participantes"*.

A atuação dos pesquisadores nesta parte foi qualificada como regular devido a *"durante o alongamento percebeu-se que estava se estendendo muito em uma mesma posição, possivelmente o que resultou em câimbra em um dos participantes e com poucas opções"*, *"foi respeitada a intervenção da mediadora e por isso não houve interferência na proposta, contudo percebendo-se que não estava atenta aos participantes, poderia ter havido interferência, no momento não se soube como"*, a qual *"manteve-se de olhos fechados durante o tempo de cada alongamento, não percebendo o constrangimento, câimbra, limitações ou potencialidades de cada participante, como objetivava a proposta"*.

Por fim, a atuação dos participantes foi considerada excelente, pois *"participaram da proposta com seriedade"*, *"um dos participantes brincou que desde que não fosse dançar ... o interessante é que logo se prontificou a fazer o alongamento"*.

No decorrer deste encontro foi realizada a Avaliação Centrada no Grupo sendo levantadas opiniões, críticas e sugestões, tais como *"o emprego de textos previamente enviados para guiar as discussões"*, expectativas, dúvidas e curiosidades, tal como *"informações sobre zonas erógenas alternativas"* e necessidades, a exemplo, informações sobre *"dispositivos e medicamentos para melhorar a função sexual"*, dos participantes em relação à proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio.

Durante o encontro foram feitos comentários relacionados ao processo de auto-adaptação sexual, enfocando a auto-estima e a relação com o parceiro; comparações referentes à vida sexual entre os períodos pré e pós-lesão medular; salientou-se novamente o uso abusivo e conseqüente efeitos de medicamentos para função erétil; foram contadas histórias pessoais sobre aconselhamento sexual, delatando o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a sexualidade de seus pacientes, e por meio delas demonstraram atitudes preconceituosas e experiências sexuais frustradas, o que sugere estabelecimento de confiança e vínculo na relação entre participantes e pesquisadores.

O Grupo *"Está fluindo [...] eles tem-nos colocado suas potencialidades e limitações e nos guiado na formulação das sugestões para as intervenções"*. Contudo, as pesquisadoras foram acometidas por um sentimento ambíguo, de um lado de satisfação, *"pois percebemos que eles estão confiando em nós e aos poucos estão se abrindo"* e, de outro, de angústia por

"querer fazer um trabalho ainda melhor, pois eles são pessoas sofridas e muito sensíveis", como reportou um dos participantes *"sensível por que foi obrigado pela situação"*.

Terceiro encontro: discussão fervorosa

Realizado no dia 31 de maio, este encontro estendeu-se até às 21h30min e contou com a presença de novos participantes. Assim sendo, participaram do encontro a pesquisadora e outros quatro pesquisadores, uma delas presente pela primeira vez, quatro participantes, dois também presentes pela primeira vez, sendo que um deles veio acompanhado da esposa.

A proposta teórica deste encontro foi de discutir a temática da sexualidade, como sugerida no encontro anterior, objetivando conscientizar sobre o amplo conceito da sexualidade e de seus componentes, debater sobre o que a literatura aborda a respeito da sexualidade de pessoas com lesão medular, bem como instigar a opinião e comentários de histórias e situações referentes à função sexual. A proposta prática, por sua vez, era uma variação da atividade anteriormente aplicada, o alongamento, desta vez utilizando-se de toalhas com o objetivo de possibilitar o contato corporal, a conscientização dos movimentos e a exploração de outras regiões corporais não exploradas na atividade anterior.

A intervenção teórica foi considerada totalmente importante entre outros devido à *"conscientizá-los sobre o conceito de sexualidade, por ser amplo e não restringir-se unicamente ao ato sexual"*, embora tenha sido realizada menos da metade prevista, uma vez que *"a atividade não foi aplicada, apenas conseguindo colocar elementos dela durante a fervorosa discussão"* e, em decorrência, alcançou pouco dos objetivos propostos. No entanto, considerada regular, a intervenção ocorrida *"foi muito importante e rica... diante da experiência de alguém com mais de 30 anos de lesão, porém não conseguindo o aprofundamento do assunto proposto, apenas a superficialidade de variados assuntos"*, embora todos os relatos estavam relacionados à experiência sexual posterior à lesão medular.

A mediação foi qualificada como regular, tendo a coordenadora dificuldade em mediar o grupo devido *"a sobreposição das falas e o desconhecimento da proposta por parte de alguns pesquisadores e participantes convidados"*, sendo também considerada regular a atuação dos pesquisadores que, apesar de *"demonstrarem interesse e atenção, a atitude não condiz com a de mediadores, mas de participantes curiosos e instigadores"*. A participação dos participantes, contudo, foi considerada ótima, sendo *"excelente em termos de participação, colocando opiniões, posicionamentos, fazendo comentários de histórias*

pessoas, porém monopolizando o tempo do grupo e dificultando tanto o posicionamento dos demais participantes quanto o andamento da proposta inicial".

A intervenção prática, apesar de considerada muito importante, não foi realizada devido à intervenção teórica se estender até o final do encontro. Insurgiu na pesquisadora "*um sentimento dúbio relacionado ao atendimento: uma frustração pela proposta para o dia não ter sido cumprida e receio de não conseguir tomar o controle para aprofundarmos no assunto, correndo o risco de sempre ser tratado em sua superficialidade; porém satisfação e alegria com o envolvimento e empolgação dos participantes, ficando claro que [os participantes] têm sede de falar sobre si, sobre sua vida sexual, de se colocarem como sujeitos com opiniões e críticas, como pensado por nós [equipe] anteriormente, sendo o que motivou a criação do grupo"*.

Durante o encontro emergiu histórias de vida relacionadas à primeira experiência sexual pós-lesão medular realizadas com profissionais da saúde e vínculos afetivos com cuidador, bem como o vazio oriundo de experiências relacionadas à prostituição; comentou-se sobre sentimentos negativos vivenciados durante o processo de auto-adaptação sexual; explanou-se sobre a sexualidade alterada pela lesão medular; referiram-se ao enfrentamento pessoal e social do corpo deficiente; alertou-se quanto à dificuldade de controle esfincteriano, o qual afeta o envolvimento e principalmente a auto-estima; entre outros assuntos, sendo que um dos participantes valorizou a discussão emergida e as histórias compartilhadas.

A pesquisa foi sendo delineada, sendo revista a aplicação da intervenção prática, uma vez que "*a proposta prática, objetivando não a técnica mas o contato com a corporeidade e exploração das potencialidades remanescentes e limitações, seria adequada a pessoas que recentemente adquiriram a lesão medular e ainda estão aprendendo a aceitar e lidar com o novo corpo"*, no entanto, os participantes "*tem um tempo relativamente longo de lesão, com bastante contato com a corporeidade e respectivamente com suas limitações e potencialidades"*, não se aplicando aos atuais participantes, uma vez que, inclusive o mais jovem e com menos tempo de lesão pratica atividade física desportiva há cerca de um ano e meio e apresenta desenvoltura corporal.

Quarto encontro: ... conversas informais ...

Na data de 05 de junho do corrente foi realizado o quarto encontro do grupo com o objetivo de discutir questões relacionadas ao prazer sexual e exploração de distintas zonas erógenas baseando-se na leitura do texto *Paraplegia: exclusão sexual?*, escrito por Irlando da

Costa Furtado e publicado pelo jornal A Capital no ano de 1997. Este encontro contou com a participação da pesquisadora e de dois participantes.

Consideradas totalmente importante, ambas as propostas de intervenção não foram realizadas *"devido ao atraso dos participantes"*, o que gerou a saída antecipada de duas das pesquisadoras e em consideração ao estado físico e emocional dos participantes *"ao cansaço de um dos participantes devido a um dia exaustivo no doutorado"* e ao outro *"estar depressivo e em crise com a religião"*, aspecto pautado como muito importante na vida do mesmo. Ainda sim, a intervenção realizada alcançou parte dos objetivos propostos para o grupo, uma vez que *"conversou-se informalmente sobre variados assuntos relacionados ao tema da sexualidade, tais como função erétil e ejaculatória"*. *"A conversa, apesar de informal, trouxe conhecimentos novos e científicos aos participantes, bem como troca de experiência rica e instigante"* em decorrência a possuírem níveis semelhantes de lesão medular, contudo apresentarem respostas sexuais distintas e, em vista disso, a intervenção foi qualificada como ótima.

Entre os assuntos comentados enfocou-se o despreparo dos profissionais de saúde, não somente em lidar com a sexualidade de seus pacientes, mas na prestação de assistência médica a uma pessoa com seqüelas motoras e sensitivas; compararam-se conseqüências entre as diferentes patologias que geram deficiências físicas e seu impacto sobre a função sexual; relataram aspectos relacionados à sexualidade adaptada e ao processo de auto-adaptação sexual, uso de medicação e percepção do corpo com deficiência, com ênfase sobre a estima e imagem corporais. A mediação, considerada ótima, *"foi tranqüila, soube-se respeitar o momento dos participantes sem, contudo, permitir um distanciamento do objetivo do grupo"*, sendo ótima a atuação dos participantes, *"conversaram civilizadamente, sem emissão de julgamentos ou monopólio da palavra, como ocorrido no encontro anterior, ambos interagindo e escutando o outro*".

Alguns resultados da proposta foram se evidenciando, como as informações adquiridas, contudo outros ainda mais ricos, embora não tão explícitos, foram sendo manifestados como no depoimento de um dos participantes: *"é um tema fascinante que, apesar de fazer com que exponhamos certas situações difíceis para um lesado medular, tem nos provocado e estimulado a compartilhar informações que de outra forma jamais o faríamos"*.

A intervenção prática, por sua vez, apesar de ser considerada totalmente importante, não foi realizada pelo motivo supramencionado.

Quinto encontro: instruções!!!

Ocorrido na data de 14 de junho, a proposta para este encontro era a mesma sugerida para o encontro anterior, mas não realizada, acrescentando-se na intervenção teórica a mostra de um vídeo educativo sobre exploração de diversificadas zonas erógenas em pessoas com lesão medular e, por isso, apresentou os mesmo objetivos. Porém, devido à ausência de alguns participantes justificada e presença de um único e novo participante, propôs-se uma conversa informal, na qual foi apresentada a proposta do grupo, seu desenvolvimento e finalidade *"para que o participante fique ciente dos objetivos e metas a serem alcançadas"*, bem como para verificar as expectativas e prioridades do novo convidado. Contudo, "*refletindo posteriormente, poderíamos ter aplicado a proposta, para valorizar a presença do mesmo no grupo e demonstrar um pouco do nosso trabalho"*, componente que foi agregado ao grupo nos encontros seguintes.

Desta forma, este encontro alcançou muito dos objetivos propostos para o grupo pelo realizado e também por "*discutir sobre a sexualidade pós-lesão medular, mas não [alcançou] a proposta sugerida para o referido encontro"*, sendo a intervenção teórica proposta qualificada como ótima por ser considerada "*necessária para que o participante conheça a proposta do grupo, fique ciente dos objetivos e metas a alcançar*", entretanto, a atuação da pesquisadora foi qualificada como regular, pois apresentou-se *"um pouco nervosa e ansiosa pela ausência dos demais participantes, pois seria a primeira vez desde o primeiro encontro que ninguém viria. Houve dúvida quanto ao que deveria ser feito, se apenas apresentava o grupo, se esperava outro participante chegar para iniciar a proposta ou se iniciava apenas com o participante. Mas conseguiu-se explicar a proposta, apesar de demonstrar insegurança ao realizar alguns questionamentos"*.

Por outro lado, a participação do convidado foi considerada ótima, o participante mostrou-se *"receptivo e interessado na proposta"*, compreensivo e disposto a conversar, comentou-se sobre a importância desta iniciativa, questões relacionadas à lesão medular, âmbito profissional, vida pessoal, relacionamentos afetivos e sobre a sexualidade e o estigma do deficiente.

Sexto encontro - Decreto: morte ao pênis!

Este foi o encontro com o maior número de participantes desta primeira etapa do grupo, o qual contou com a presença da pesquisadora, três pesquisadores, sendo que foi a primeira vez de uma delas, seis participantes, dois pela primeira vez, e dois acompanhantes, um amigo e uma companheira.

A intervenção considerada totalmente importante e proposta há dois encontros foi finalmente realizada por completo, contudo alcançou somente parte dos objetivos propostos para esse encontro, pois *"a leitura do texto que objetivava emergir o tema da exploração de zonas erógenas remanescentes, não surtiu o efeito de comunicação, de opinião e expressão imaginado [pelos pesquisadores]... estavam muito calados, não compartilharam sua história, sequer opinião"* e, posteriormente, com a chegada de novos participantes e com o estímulo de uma pessoa da equipe *"o foco modificou para história de vida e gerou confronto de opiniões"*.

A intervenção teórica realizada foi considerada ótima, pois *"como solicitado pelos participantes foi levado um texto para nortear a discussão, contudo, pouco foi comentado sobre o assunto a ser tratado. Contudo, houve uma grande discussão sobre assuntos relacionados à sexualidade, principalmente à função sexual de excitação e ereção e de orgasmo acompanhado por ejaculação, o que gerou muitos confrontos de idéias. Para nós, pesquisadores, foi excelente porque levantou a diversidade sexual entre os participantes do grupo. No entanto, a imposição de idéias gerou um mal-estar entre alguns participantes, bem como dificultou a participação, opinião e relatos pessoais dos demais"*.

Entre os assuntos discutidos encontram-se: aspectos socioculturais relacionados ao despreparo das famílias em lidar com a deficiência física e a idéia (pré)concebida embutida nos próprios deficientes físicos; as diferenças nos processos de auto-adaptação sexual em vista da presença ou ausência de vida sexual ativa anterior à lesão, bem como outras características deste processo; aspectos da sexualidade adaptada; e, mais uma vez, contudo de forma acentuada, surgiu a questão da diversidade sexual entre pessoas com lesão medular; comentou-se sobre as conseqüências da lesão e sua influência no cotidiano destas pessoas; e, em vista das reações e atitudes observadas, possibilitaram o delineamento tanto da pesquisa quanto da proposta do grupo.

Qualificou-se a conduta da pesquisadora como regular, *"se por um lado o grande confronto de idéias dificultou a mediação, por outro houve dificuldade em se posicionar*

como mediadora, não se soube como fazê-lo”, enquanto a participação dos demais profissionais e pesquisadores foi qualificada como péssima, diante das atitudes *“mantiveram-se calados, enviaram bilhetes comentando sobre a insatisfação perante a atitude de alguns participantes. Ambas atitudes não auxiliaram em nada a mediação, mas também houve atitudes de estimular os participantes a compartilhar a história de vida, o que diverge da proposta do grupo e acirrava os confrontos”*.

A participação das pessoas com lesão medular foi qualificada como regular**,** *“alguns procuraram impor suas verdades, discutiram fervorosamente, confrontando diretamente a opinião e história do outro e impossibilitando a participação dos demais, sejam participantes sejam profissionais, por outro lado, demonstraram envolvimento com a questão trabalhada no grupo e senso crítico, mesmo que mal posicionado”*.

Por fim, a intervenção prática que seria direcionada para os que recentemente foram acometidos pela lesão para trabalhar consciência corporal e lidar com a expressão e limitação de seus movimentos foi *“retirada da proposta do grupo devido aos participantes terem muitos anos de lesão e bom conhecimento e percepção corporal, bem como conscientização de seus movimentos”*.

Este encontro se estendeu por toda a semana, alimentado pelo confronto entre as distintas formas de se adaptar sexualmente após a lesão medular, como verificado na fala de um dos participantes em um telefonema posterior ao encontro: *“tô percebendo que o grupo tá se dividindo, é um confronto entre duas idéias contrárias. Tem um pessoal que, tal como [...], que temos mais de trinta anos de lesão, que descobrimos uma outra sexualidade... uma sexualidade mais ampla, mais profunda, de estimular as partes sensíveis, e têm aqueles que se enganam, que querem ainda viver o antes da lesão”*, o qual, em um misto de simplicidade, graça e inibição comentou que este movimento das pessoas com mais tempo de lesão já há tempos existia sob a sigla SSPM, *“só serve pra mijar”*, os quais decretam segundo o mesmo *“morte ao pênis”*.

Pode-se verificar que o ocorrido possivelmente se deve ao fato de haver pessoas que expressam *“um novo modo de vivenciar a sexualidade devido à disfunção erétil ou à falta de sensibilidade no órgão”* e pessoas que *“valorizam a afetividade, mas que não abrem mão da sua vivência sexual”*, *“ainda valorizam a genitalidade, tendo uma vida sexual muito parecida com a anterior à lesão, contudo, [...] não somente vivem de saudosismo, mas que juntamente à genitalidade, também buscam o novo, as novas zonas de prazer corporais”*. O diferencial é que, enquanto esses últimos aceitam a sexualidade ampliada, expressa por meio de atividades do repertório sexual realizadas acima no nível da lesão, os primeiros são mais radicais

"acreditam que a sexualidade está presente apenas nas regiões corporais com sensibilidade e, deste modo, não havendo sensibilidade no órgão genital, este não é mais considerado parte da sexualidade, podendo ser estimulado, mas não se configura no centro da relação sexual como ocorre principalmente entre os homens sem lesão, que centram sua sexualidade nos órgãos genitais".

Quatro dos seis participantes presentes neste encontro comunicaram-se durante a semana e após trocas de e-mails e telefonemas seguiu-se um novo delineamento para a proposta do projeto e da pesquisa. Com a formação do grupo fez-se necessário a combinação dos acordos e regras, que delimitem e normatizem a atividade grupal proposta, pois além do grupo se constituir em nova unidade, com identidade grupal própria, também necessita ser preservada as identidades específicas de cada componente do grupo, para favorecer as interações de um membro com outro e preservar a aliança terapêutica, uma vez que se observou que "os pesquisadores – que geralmente tem uma hipótese a confirmar –, não emitem julgamento sobre o que é falado, contudo, há o julgamento de algumas pessoas, sendo que os pesquisadores não estão para julgar ninguém, nada é considerado certo ou errado, apenas acontece e deve ser respeitado", fazendo os mesmos refletir sobre as palavras de Zimerman (1997) sobre a coexistência em todo grupo de duas forças contraditórias permanentemente em jogo: uma com tendência à coesão e outra à desintegração (ZIMERMAN; OSÓRIO e col., 1997).

Também emergiu a necessidade de se ter um mediador principal e co-mediadores, postergar a intervenção prática e definir os participantes-alvo, priorizando pessoas com tempo relativamente longo de lesão e com experiência sexual após a mesma.

Sétimo encontro: Grupo Interdisciplinar?

Participaram do sétimo encontro do grupo, realizado na data de 26 de junho de 2007, a pesquisadora, três pesquisadores, duas profissionais da saúde e quatro participantes. A proposta teórica para este encontro foi de trabalhar a temática da diversidade sexual exemplificada pela interface sexo x gênero x orientação sexual objetivando *"conscientizar [os participantes] sobre a diversidade sexual, despertando a percepção de sua riqueza, em busca de aceitação e compreensão da verdade alheia, evitando confrontos e imposições de verdades absolutas"*. A proposta de intervenção prática, por sua vez, foi *"temporariamente retirada"* em decorrência ao perfil dos participantes.

A intervenção teórica considerada totalmente importante *"primeiramente porque surgiu em decorrência à dinâmica dos encontros do grupo como uma tentativa para amenizar as discussões com confronto direto, favorecendo a aceitação do outro e de suas opiniões. Também porque é um assunto rico e que amplia a visão em torno da sexualidade humana"*, teve a sua realização reduzida a menos da metade prevista¸ devido à *"palestra não foi realizada e o assunto foi abordado superficialmente, em decorrência a estar presentes profissionais mais qualificados para abordar o assunto, sendo que a proposta do grupo como interdisciplinar requer que profissionais competentes sejam convidados a desenvolver os assuntos"* e, em decorrência disso *"alcançou em parte [os objetivos propostos], uma vez que foi comentado, a respeito do encontro anterior, sobre a necessidade de se respeitar a opinião do outro, sendo explorada a questão de respeito à diversidade e também porque foram discutidos diversos assuntos relacionados à sexualidade, importantes e de acordo com a proposta a ser desenvolvida nos encontros"*.

A intervenção teórica realizada foi considerada ótima, uma vez que *"os assuntos foram tranqüilamente discutidos, onde todos puderam participar, os profissionais também sugeriram discussões, contudo, sentiu-se desconforto diante da sensação de explorar informações sem retribuir [...]"*. A atuação da pesquisadora foi considerada regular, bem como a atuação dos demais pesquisadores *"Ou se colocavam em situação de escuta apenas, ou faziam questionamentos, por curiosidade, embora tenha favorecido o andamento do grupo"*.

O papel dos participantes neste encontro foi considerado ótimo, como sugere o relato sobre um deles *"realmente surpreendeu com seu comportamento mais ameno, de escuta e respeito à fala do outro, alguns ficaram sem graça quando a questão se direcionava a eles, contudo respondiam interagindo, participaram com dúvidas e colocando necessidades e dificuldades pessoais"*.

Foram discutidos os seguintes assuntos: iniciativa e sentimento de atratividade sexual; aspectos relacionados à sexualidade adaptada como sensibilidade, mobilidade, resposta sexual de orgasmo e freqüência de atividade sexual; experiências sexuais e relacionamentos afetivos; e o auto-conhecimento sexual inserido no processo de adaptação à sexualidade pós-lesão. Levantaram-se necessidades e dúvidas dos participantes e, novamente, o desenvolvimento do encontro implicou no delineamento da proposta do grupo *"é o momento de fazer algo de impacto para que os motive a participar e contribuir, bem como retribuir à dedicação e exposição"*.

Oitavo encontro: Era uma vez... Histórias de relacionamentos.

O último encontro da primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio ocorreu no dia 03 de julho de 2007, estendeu-se por um período de 2 horas, sendo sugerido o desenvolvimento da atividade Histórias de relacionamentos com a finalidade de *" possibilitar aos participantes visualizar e perceber o outro lado, ou seja, a opinião do parceiro, para que possam tirar suas possíveis dúvidas"* diante das questões levantadas no encontro anterior.

Estiveram presentes neste encontro a pesquisadora, duas pesquisadoras, três participantes, um presente pela primeira vez e uma acompanhante, bem como a convidada a compartilhar com o grupo sua história de vida.

A intervenção teórica foi considerada totalmente importante ao *"dar continuidade a algo levantado no encontro anterior, para a percepção de como é o outro lado, o do parceiro sexual não-lesionado"* e ao propor a realização da dessensibilização sistemática *"intervenção pautada na terapia sexual"*, diante de uma solicitação feita por um dos participantes em relação à iniciativa sexual *"não consigo chegar nas mulheres, são elas que chegam em mim, não me sinto encorajado, só quando tomo um pilequinho [...], isso me incomoda, queria mudar esse meu jeito, não sei se é por causa da lesão, antes já era assim tímido, mas não tinha vida sexual antes da lesão"*.

Realizou-se mais da metade das atividades previstas para este encontro, embora tenha alcançado muitos dos objetivos propostos. Qualificou-se a intervenção realizada como ótima, a convidada, companheira de uma pessoa com lesão medular por 5 anos, compartilhou conosco sua história, desde o momento que o conheceu até seu falecimento, percepções em torno da deficiência, relacionamento afetivo-sexual, enfim, o cotidiano de um casal. A mediação da pesquisadora foi considerada ótima *"de forma que todos eram convidados a participar e compartilhar sua história de vida afetivo-sexual, sem constrangimento, como pôde ter ocorrido no último atendimento" e a mediação dos demais pesquisadores foi considerada regular, "conduziu-se o assunto de modo a não se perder do principal"*, exceto quando uma das pesquisadoras percebendo o interesse entre convidada e um dos participantes *"questionou a convidada sobre algo atual e pessoal, de forma desnecessária, não por objetivo terapêutico, mas por curiosidade. O que poderia ser explicado pela falta ainda de conhecimento da proposta do grupo ou contato com a análise de atividade proposta"*.

Por fim, a atuação das pessoas com lesão medular foi considerada *"muito boa em termos de participação, escutaram atentamente a convidada, expuseram suas opiniões e*

contribuíram com histórias pessoais, questionaram aspectos relacionados ao convívio e ao estigma da deficiência”.

Finalizou-se a primeira etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada em vista da repetição dos assuntos, o que nos levou a concluir que por meio de temas-livres levantaram-se informações suficientes para elaborar os conteúdos da proposta de reabilitação sexual, sendo necessário aprofundar o conhecimento sobre os assuntos levantados, o que ocorreria na etapa seguinte do projeto. Os principais *temas* levantados encontram-se na tabela 5.3.

Tabela 5.3. Temas emergidos durante a primeira etapa do GIASA

Aspectos socioculturais (preconceito, estigma, imagem do deficiente)
Aspectos fisiológicos e seus efeitos sobre a sexualidade (espasticidade, escaras, controle de esfincteres, limitação física)
Aspectos psicoemocionais (auto-estima, estima sexual, estima corporal, auto-imagem, atratividade sexual)
Auto-adaptação sexual (conceito, processo, dificuldades, busca)
Comportamento sexual: atividades sexuais realizadas, posicionamento sexual, freqüência.
Desejo sexual
Desenvolvimento sexual (auto-conhecimento, exploração)
Dispositivos e agentes facilitadores para a função sexual
Diversidade sexual
Esclarecimento e desmistificação (deficiência e sexualidade)
Informação e reabilitação sexual
Prazer sexual
Preliminares sexuais
Reabilitação física
Reinserção social
Relacionamentos afetivo-sexuais (relação com parceiro, experiência sexual pós-lesão medular)
Resposta sexual (excitação, ereção, ejaculação, orgasmo)
Satisfação sexual
Sexualidade Adaptada
Zonas erógenas

Como resultado desta fase, definiu-se 22 temas entre emergidos nas discussões, percebidos como necessários pela equipe de pesquisadores e profissionais, bem como encontrados na literatura, delimitados nas dimensões física, psicológica e sociocultural contemplados nos seminários realizados na segunda etapa do grupo. Objetivando aumentar o número de participantes-alvo e favorecer a adesão ao Grupo, os temas foram agrupados conforme similaridade em 10 seminários, como apresentado na Tabela 5.4.

Tabela 5.4. Temas definidos e distribuídos em seminários a serem realizados na segunda etapa do grupo

Nº	**Data**	**Tema(s)**
01	25/09	Sexualidade e Diversidade Sexual
02	02/10	Desejo Sexual
03	09/10	Preliminares sexuais, zonas erógenas e neuroplasticidade
04	16/10	Resposta sexual de excitação e agentes prejudiciais e facilitadores
05	23/10	Resposta sexual de orgasmo e fertilidade
06	30/10	Sexualidade e as conseqüências da lesão medular 1: Escaras, controle de esfíncteres e espasticidade
07	06/11	Sexualidade e as conseqüências da lesão medular 2: Controle motor, limitações físicas e níveis funcionais
08	13/11	Práticas e posicionamentos sexuais
09	20/11	Aspectos psicoemocionais (e auto-adaptação sexual)
10	27/11	Aspectos socioculturais (e auto-adaptação sexual)
11	04/12	Avaliação final do Grupo Interdisciplinar

A partir da definição dos temas, selecionaram-se os conteúdos abordados, sugeriram-se recursos e estratégias como meio de intervenção terapêutica, bem como foram determinados os questionamentos que nortearam a discussão focal, embasados no aconselhamento sexual, na Terapia Sexual e no trabalho realizado pela Terapia Ocupacional (THIOLLENT, 2005; MORIN, 2004; NEISTADT; CREPPEAU, 2002; MAIOR, 1988; UMPHRED, 1994).

Com a definição, o passo seguinte foi estruturar os encontros. Os mesmos foram denominados *seminários* por se constituir em uma reunião sobre determinado assunto, utilizando-se de debates sobre matéria constante de texto escrito e com base em exposições

individuais, composto pelos temas pré-estabelecidos, refletindo os conteúdos mais citados pelos participantes nos encontros da primeira etapa, desenvolvidos mediante intervenção teórico-prática com o emprego de palestras e utilização de estratégias de intervenção terapêutica e grupo focal, marcado pela discussão embasada em questionamentos e na explanação do tema (LAKATOS; MARCONI, 2007).

Os seminários foram desenvolvidos baseados em dois pilares, um caracterizado por palestra, consistindo em uma proposta de intervenção terapêutica teórica, voltada ao conhecimento de um determinado tema anteriormente definido, seguido por um momento de discussão entre os envolvidos no Grupo, caracterizando o recurso de grupo-focal; e outro, utilizando-se de estratégias como intervenção terapêutica prática voltada à utilização de estratégias de assimilação, aconselhamento e terapia sexual.

Deste modo, os seminários foram compostos por intervenção teórica, intervenção prática reformula e incorporação de um momento caracterizado por *grupo focal*, possibilitando a construção de um conhecimento coletivo a partir de foro de discussão grupal, neste caso, envolvendo participantes com lesão medular e seus parceiros, bem como os diferentes profissionais da saúde e pesquisadores.

A intervenção teórica caracterizou-se pela palestra, em que se abordaram os temas pré-definidos e seus respectivos conteúdos, sendo os mesmos obtidos da teoria, transmitidos de modo a serem compreendidos pelos participantes, ou seja, não academicamente, embora apresentassem respaldo científico, e da experiência retratada em textos e artigos qualitativos, com a finalidade de orientação verbal para informar e conscientizar sobre o assunto e, portanto, apresentando propriedades terapêuticas, e respondendo a uma demanda emergida durante a primeira etapa, as informações contidas no meio acadêmico sobre a temática.

O grupo focal objetivou aprofundar o estudo sobre temas sexuais específicos, favorecendo a apreensão de diferentes percepções sobre os aspectos pré-determinados, compreendendo de forma aprofundada e realista os comportamentos. Em geral realizado após a intervenção teórica, foi marcado pela discussão do tema e conteúdos abordados na palestra e exposição de conteúdos e experiências pessoais, bem como resolução dos questionamentos levantados pelos pesquisadores, também imbuído de propriedades terapêuticas uma vez que possui as características de grupo de auto-expressão, discussão orientada por sentimento e pela realidade (SCHWARTZBERG, 2002).

A sistemática da operacionalização do grupo focal consistiu em um mediador, o qual utilizava perguntas pré-definidas para engajar o grupo e conduzir a discussão da temática entre participantes e profissionais de saúde, e co-mediadores, os quais auxiliavam no controle

físico e emocional do grupo, embasada no tema da palestra proposto pelos participantes e desenvolvida por um profissional do grupo ou convidado (THOMAS; NELSON, 2002).

Esta segunda etapa objetivou, em termos de pesquisa, desenvolver os temas emergentes para ampliar e aprofundar o conhecimento dos pesquisadores em referência ao assunto pesquisado, com duas finalidades, embasar os Estudo 1 e 2, como também alicerçar a proposta de reabilitação sexual.

Ao embasar os Estudos 1 e 2 permitiu à pesquisador não somente conhecerem o impacto da lesão na sexualidade mediante os aspectos relacionados aos dados quantitativos, mas compreender como se dá este impacto e quais suas conseqüências mediante a verificação e absorção das qualidade das experiências vividas, que por sua vez, reverteu-se em termos de ação, ao favorecer que a proposta fosse construída sob os alicerces dessas experiências vividas e não somente considerando a teoria ou a formação e experiência profissional, possibilitando aos profissionais que a desenvolverão futuramente, não somente a experiência relacionada às dificuldades na atuação, mas a compreensão e internalização dos aspectos que permeiam o processo de adaptação sexual. Também possibilitou compreender a sexualidade adaptada e seu processo de auto-adaptação, a partir da visão de quem o vivencia, assimilando as dificuldades, sentimentos despertados, necessidades e capacidades.

Em termos de ação também objetivou o planejamento da proposta, sua avaliação e reformulação de comum acordo entre pesquisadores, profissionais e a população a que se destina, de modo a se configurar em uma proposta de reabilitação sexual, buscando principalmente ser efetiva quando aplicada a pessoas recém-lesionadas, ou seja, fundamentou-se na construção conjunta desta proposta analisando sua eficiência referente ao ajustamento sexual logo após a lesão medular.

Com a nova formatação do GIASA, fez-se necessário a re-estruturação da Avaliação Individual sobre o Atendimento, que passou a ser denominada Avaliação da Intervenção Proposta, aplicada ao final de cada seminário, sendo desenvolvida duas versões, uma voltada aos pesquisadores e palestrantes e outra aos participantes e profissionais de saúde convidados, objetivando avaliar o encontro como um todo, bem como seus componentes: tema e seus respectivos conteúdos, estratégias de assimilação, discussão e questionamentos, e os recursos utilizados. As avaliações semi-estruturadas, compostas por questões respondidas por meio de escala Likert de 11 pontos, contêm observações abertas para obtenção de opiniões, sugestões e críticas e encontram-se nos Anexos O e P.

Em termos de conceito e nota correspondentes à Avaliação da Intervenção Proposta resulta que, conceitos de muito e totalmente importante ou ótimo e excelente, equivalendo às

notas de 7 a 10, mantém-se a forma como o quesito avaliado é desenvolvido. Conceitos de importante ou de regular/bom, ou notas entre 4 e 6, modifica-se a forma de desenvolver o quesito avaliado. Por fim, conceitos de nada ou pouco importante ou de péssimo e regular, correspondentes às notas de 0 a 3, reformula-se o quesito avaliado.

O Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada foi avaliado por seus pesquisadores e participantes a cada encontro e ao final de sua proposta, sendo as transcrições e os demais dados qualitativos digitados no Microsoft Office Word XP versão 2003 posteriormente analisados conforme Análise de Conteúdo, e os dados quantitativos tabulados no programa estatístico SPSS versão 13.0, analisados estatisticamente, considerando uma leitura qualiquantitativa dos mesmos (BARDIN, 1977).

Após seu re-planejamento, houve a divulgação da segunda etapa do GIASA onde todas as pessoas que participaram da primeira etapa foram comunicadas, bem como a Aflodef – Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos, da qual obteve-se apoio com a disponibilidade de transporte veicular acessível e gratuito. Também procurou-se divulgar o GIASA entre pessoas com lesão medular, profissionais de saúde, entidades e associações, centros de reabilitação e clínicas mediante folder do grupo (Anexo Q) e convite enviado por e-mail (Anexo R). Também entrou-se em contato com a imprensa local, sendo enviadas informações sobre os seminários do GIASA, embora não se saiba se foram divulgadas. Com a divulgação da segunda etapa do grupo, pode-se adentrar ao terceiro estágio da pesquisa.

5.2.3. Terceiro estágio da pesquisa: desenvolvimento da segunda etapa do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada para a definição dos temas, conteúdos e sugestões de intervenção

Nesta segunda etapa desenvolveram-se os seminários com os temas pré-definidos e dirigidos a pessoas com lesão medular, especialmente com tempo relativamente longo de deficiência, com o objetivo de pesquisa de aprofundar o conhecimento relacionado aos temas identificados na etapa anterior, e com o objetivo de ação de avaliar os respectivos temas, os conteúdos trabalhados e as formas de intervenção sugeridas, com suas estratégias e recursos. Participaram desta etapa profissionais especializados convidados conforme o tema emergente, ocorrendo em dois momentos, de intervenção teórica seguida de discussão focal e intervenção prática, desenvolvidos por meio de seminários, palestras, orientações e esclarecimentos, dinâmicas de grupo, técnicas e atividades terapêuticas, entre outros, auxiliados pela utilização de recursos áudio-visual e acessórios.

Esta etapa iniciou-se em setembro e finalizou em dezembro de 2007 totalizando 9 encontros do Grupo Interdisciplinar de Apoio, 9 reuniões de equipe e 1 reunião externa de confraternização e a presença de 25 pessoas entre a equipe (5), profissionais convidados (4), pessoas com lesão medular (9), companheiras (4), cuidadores (2) e pessoas com outras deficiências (1). As tabelas 5.5. e 5.6. apresentam a caracterização dos participantes, profissionais, pesquisadora e companheiras desta etapa do GIASA.

Neste grupo, foram propostos temas onde os pesquisadores e profissionais transmitiram o conhecimento científico e aplicaram propostas de intervenções, enquanto os participantes compartilharam o conhecimento prático e habilidades desenvolvidas, bem como avaliaram as intervenções propostas, conforme o tema sugerido para discussão, alcançando os objetivos de pesquisa-intervenção e de grupo focal, em decorrência ao desenvolvimento do tema a partir do ponto de vista dos envolvidos no processo, para obtenção de resolução eficaz para a problemática identificada pelo estudo.

Cada encontro será resumidamente apresentado, considerando a avaliação geral, não somente da pesquisadora como na etapa anterior, sendo que em todos os encontros os participantes contribuíram com opiniões, críticas e sugestões, todas pertinentes e válidas, que foram consideradas na construção da proposta de reabilitação sexual.

Primeiro encontro: ...

Este primeiro encontro teve como tema *Sexualidade humana e a diversidade sexual*, onde seriam desenvolvidas as seguintes atividades com os respectivos objetivos: apresentar a proposta e os objetivos para esta segunda etapa do Grupo, bem como os pesquisadores, profissionais e participantes propiciando maior conhecimento a cerca da proposta neste segundo momento e favorecendo as relações interpessoais; estabelecer acordos em grupo sobre: comportamento dos participantes diante de assuntos e opiniões contraditórias; comportamento dos mediadores diante de provocações, confrontos e discordâncias; realizar a palestra *Sexualidade Humana* para esclarecer sobre o objeto de estudo, a sexualidade e seus componentes, conceitos que serão discutidos ao longo dos seminários, e a palestra *Diversidade Sexual* para explanar sobre a diversidade cultural dos comportamentos sexuais, conscientizando-os sobre as falácias e “verdades”; propor o grupo focal para discutir sobre o objeto de estudo, seus componentes e as diferenças culturais solucionando dúvidas dos

Tabela 5.5. Caracterização dos participantes da segunda etapa do GIASA

Identificação	Profissão	Idade	Tempo lesão	Nível lesão	Tipo de lesão	Idade de incidência	Causa da lesão	Grau de escolaridade	Itens de cons.	Raça ou cor	Religião	1ª ativ. sexual
Participante 1	Engenheiro	51	26	T12-L1	Paraplegia	25	Acidente de transito	3º grau completo	2	Branca	Católica	1 ano
Participante 3	Bancário aposentado	59	34	T10	Paraplegia	25	Arma de fogo	3º grau incompleto	1	Morena	Evangélica	4 meses
Participante 5	Autônomo	41	21	T8-T10	Paraplegia	19	Acidente de transito	Pós-grad. Mestrado	4	Branca	Católica	4 meses
Participante 6	Vendedor e aposentado	37	22	T12-L1	Paraplegia	16	Acidente de transito	2º grau completo	2	Branca	Espírita	6 anos
Participante 7	Estudante	17	2	T12	Paraplegia	15	Queda	2º grau completo	1	Morena	Evangélica	1 ano
Participante 8	Autônomo	54	37	T12	Paraplegia	17	Queda	2º grau completo	2	Branca	Evangélica	11 anos
Participante 12	-	-	1	-	Paraplegia	-	-	-	-	Morena	-	Não teve
Participante 13	Industriário	61	28	T12	Paraplegia	33	Acidente de transito	2º grau incompleto	4	Branca	Católico	-
Participante 14	Professor	49	4 meses	C4-C6	Tetraplegia	49	Queda	-	-	Branca	-	Não teve
Participante 15	Vendedor	36	Poliomielite					2º grau completo	4	Branca	Espírita	15

Tabela 5.6. Caracterização dos profissionais, pesquisadora e companheiras da segunda etapa do GIASA

PROFISSIONAIS DA SAÚDE			
Nome	**Profissão**	**Formação acadêmica**	**Papel GIASA**
Aline	Fisioterapeuta	Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela UDESC	Convidada, palestrante
Participante 16	Administração	Especialização em Terapia de Casais e de Grupos	Participante
Participante 17	Psicóloga	Graduada pela UFSC	Participante
Caroline	Estudante	Graduanda em Fisioterapia pela UDESC	Participante
Fernando	Educador físico	Ph.D. em Sexualidade Humana pelo IASHS	Orientador da pesquisa
Participante 18	Psicóloga	Psicóloga do CCR	Participante
Stella	Fisioterapeuta	Ph.D em Ciências Biomédicas – opção Reabilitação pela Universidade de Montreal	Convidada
Rozana	Educadora física	Especialista em Dança	Co-mediadora, palestrante
PESQUISADORA			
Nome	**Profissão**	**Formação acadêmica**	**Papel GIASA**
Ana Carolina	Terapeuta Ocupacional	Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela UDESC	Mediadora e palestrante
COMPANHEIRAS			
Nome		**Parentesco com participante**	**Estado Civil**
Participante 10		Esposa	Mora com companheiro
Participante 19		Namorada	Solteira
Participante 20		Namorada	Separada
Participante 21		Namorada	Solteira
Participante 22		Irmã	Casada
Participante 23		Cuidadora	Solteira

participantes e respondendo às questões: *O que é sexualidade para vocês? Quais componentes vocês acham que são mais afetados pela lesão medular?*

A intervenção sugerida foi considerada totalmente importante, visto que foi *"o início de um ciclo de palestras sobre temas não usualmente abordados e, portanto, nem sempre tão claros e evidentes, bem como por se tratar de temas que às vezes são confundidos pelas pessoas, que não conseguem diferenciar e acabam falando sob a denominação de um componente da sexualidade, fazendo, contudo, comentários que percebe-se tratar de um outro componente sexual"*. Entretanto, o seminário não foi realizado devido à presença somente de alguns profissionais da equipe (3) e profissionais convidados (1), e ausência da palestrante do primeiro tema e dos participantes-alvo[3].

Segundo encontro: Sexualidade humana

Neste encontro desenvolveu-se um dos tema sugeridos no encontro anterior: *Sexualidade Humana*. Entre os participantes presentes encontravam-se a pesquisadora, três dos demais pesquisadores, dois profissionais de saúde interessados na temática e cinco pessoas com lesão medular, uma delas participando pela primeira vez, acompanhado por sua parceira.

A intervenção considerada totalmente importante foi realizada em parte, entre outras questões devido a atrasos, prolongamento em assuntos relacionados à temática, mas não específicos ao encontro, alguns confrontos de opiniões, à palestra que, embora tenha sido um encontro cronometricamente organizado, pela falta de comunicação e conseqüentemente organização das pesquisadoras convidadas, se estendeu por todo o encontro.

Em vista disto, alcançou-se somente parte dos objetivos propostos, sendo muito rico o confronto de idéias entre os participantes do grupo, fazendo-se refletir sobre o processo de auto-adaptação sexual, o qual, apesar de ser permeado por fatores comuns, se difere de indivíduo para indivíduo, principalmente ao considerar a vivência sexual com um parceiro prévia à lesão.

O conteúdo apresentado, considerado ótimo, foi *"pertinente, relevante e por isso válido"*, sendo trabalhado, contudo, de forma *"superficial, incompleta e acadêmica"*. Apesar de simples, os recursos foram utilizados de forma *"clara, criativa e compreensiva"*. Como um todo, a

[3] Optou-se pelo termo participantes-alvo ao se realizar referência apenas às pessoas com lesão medular, uma vez que as pessoas com outras patologias e os profissionais que freqüentaram os seminários, quando não palestrantes, também foram considerados participantes.

palestra *"foi interessante, mas não esclareceu suficientemente o tema abordado, deixando os participantes com dúvidas devido a linguagem científica adotada, bem como a abrangência limitada do tema"*.

Durante a palestra, temas como a diversidade sexual e sexualidade adaptada emergiram e tópicos como o processo de auto-adaptação sexual foram discutidos, fazendo-se presente a opinião tanto das pesquisadoras, como dos profissionais convidados e dos participantes. Portanto, em geral, houve uma boa interação dos envolvidos, marcada por troca de experiências e exposição de pontos de vista, ainda que alguns tenham se excedido na discussão buscando *"defender suas idéias"*. Apesar dos *"percalços"*, para um primeiro encontro de *"apresentação da proposta e pincelada nos temas a serem desenvolvidos no decorrer dos seminários"* foi em média considerado ótimo pelos presentes.

Terceiro encontro: Diversidade sexual

Neste encontro o tema da sexualidade foi tratado abrangentemente, sendo conceituada, bem como a cada um de seus componentes, enfatizando seu aspecto sociocultural, o que nos permitiu dialogar, com ricas contribuições dos participantes, sobre a diversidade sexual, tema considerado de *"extrema importância... ambos surgiram de demandas do grupo durante os dois ciclos de palestras"*. Neste ensejo, salientou-se a importância das discussões controversas emergidas, mas alertou-se sobre os confrontos diante da contraposição e imposição de idéias, fazendo-se necessário o respeito às particularidades e, por conseguinte, sendo expostos o objetivo e dinâmica dos encontros durante esta segunda etapa.

Excetuando algumas estratégias de assimilação não realizadas, o seminário foi realizado por completo, alcançando praticamente a totalidade dos objetivos propostos: *"desmistificar o tema, muito enraizado em valores rígidos culturais e religiosos, fazendo-se importante ampliar a concepção acerca da sexualidade"*, bem como *"conscientizar sobre as falácias, alertando sobre o etnocentrismo"*, a importância da comunicação entre o casal e de informação e vivência sexual, com *"a necessidade de termos iniciativa"* como pontuado por um dos participantes.

A maioria dos presentes, a pesquisadora, outros dois pesquisadores, cinco participantes, dois profissionais convidados e duas companheiras, relatou considerar ótimos a palestra realizada, conteúdo trabalhado, recursos utilizados, estratégias adotadas, discussão emergida,

tanto durante a palestra, com inserções interativas durante ou antecipando as estratégias, como após a mesma, com os comentários sobre a sexualidade alterada pela lesão medular. Também foram considerados ótimos pelos envolvidos a mediação profissional e o encontro como um todo.

Entre os assuntos, discutiu-se sobre atitudes sociais de preconceito, diferentes pontos de vista quanto à vivência sexual pós-lesão, concepção ampliada tanto da sexualidade, com o rico repertório sexual e a valorização das atividades consideradas preliminares, como da excitação, não vinculada mera e necessariamente à ereção, sobre a satisfação sexual vinculada à satisfação da parceira e, por fim, sobre o dilema intercurso pênis-vaginal x sensibilidade peniana. Foi um encontro *"esclarecedor"*, sendo a *"organização e interação entre as pesquisadoras e entre os participantes fundamental para seu êxito"*. Considerando as sugestões e críticas dos participantes, foi instituído o boletim do GIASA, sendo que o primeiro originou deste mesmo encontro, o qual encontra-se em Anexo S.

Quarto encontro: Desejo sexual

Durante este encontro foi desenvolvido o tema do desejo sexual, considerado muito importante porque *"não somente questionou sobre o desejo atual, mas sobre a vontade e interesse por sexo logo após a lesão"*, também sendo significativo devido à *"fundamentação"*, uma vez que buscou esclarecer o que é desejo, diferenciando-o da excitação, *"limitação percebida na investigação quantitativa"* e em encontros anteriores.

Participaram deste encontro a pesquisadora, dois pesquisadores, três profissionais convidados e cinco participantes. A palestra considerada ótima discutiu sobre o que a literatura contempla, sendo encontrados os temas da libido e sexualidade infantil, explanou-se sobre o desejo sexual na fase adulta e, por fim, especificou-se sobre o desejo sexual entre pessoas lesionadas.

Em meio às discussões emergidas, observaram-se diferentes opiniões: enquanto um dos participantes acredita que *"a intensidade do desejo pode ter modificado, mas a sensação de desejo sexual é a mesma"* de antes da lesão, outro participante afirmou categoricamente que seu desejo *"diminuiu sensivelmente depois da lesão, sem sombra de dúvida... não é mais o mesmo"*.

Também questionou-se sobre o desejo nos primeiros meses logo após a lesão, sendo relatado que *"o trauma é tão grande, é um impacto tão devastador, e ocorrem tantas mudanças*

na vida da pessoa, que sexo não é uma preocupação logo depois da lesão... ganha importância ao longo do tempo, após a gente se recuperar e se adaptar com as dificuldades encontradas".

Contudo, não foi possível questionar sobre o que os motiva a ter desejo *"devido a perceber a dificuldade em responder objetivamente a questões mais simples, como se o desejo se modificou ou não"* no período posterior à lesão e, portanto, o encontro realizado atingiu grande parte dos objetivos propostos, entre outros já citados, o de conscientizá-los de que *"o desenvolvimento sexual se pauta sobre a libido e a busca de prazer em diferentes partes do corpo, sendo que estes prazeres são incorporados à sexualidade adulta, ainda que esta se centralize nos genitais e, portanto, na penetração"* com a finalidade de enfatizar o assunto do próximo encontro, e o objetivo de valorização do interesse sexual despertado pelo ou em resposta aos estímulos de outras zonas erógenas, *"exceto o [objetivo] de aprofundar quanto ao que lhes desperta, na atualidade, o interesse sexual"*, como verificado na literatura.

Acreditava-se que *"com um maior entrosamento, ao longo dos encontros conseguiremos maior abertura e, assim, profundidade, pois se relaciona ao íntimo de cada um, dependendo da intimidade com o outro e conforto com o grupo"*. Em geral, o encontro foi *"riquíssimo"* onde o tema foi *"contemplado a todo instante, onde expuseram suas opiniões, o que vivenciam, como se sentem atualmente e se sentiram logo após a lesão"*.

Entre as qualidades do grupo ressaltadas ao final do encontro, um dos participantes comentou que *"apesar de não ser um grupo de auto-análise, que era muito importante o espaço que oferecíamos para que as pessoas falassem, pois, às vezes, mesmo fugindo ao assunto, é uma necessidade das pessoas, a qual era por nós respeitada, sendo algo muito importante e valioso, até para o estabelecimento de confiança"*.

Quinto encontro: Das preliminares ao ato sexual » as zonas erógenas e a neuroplasticidade

O assunto contemplado por este encontro fez-se pertinente durante a primeira etapa em afirmações do tipo: *"acredito que a natureza me compensou, desenvolveu o meu lado que sobrou meu de sensibilidade... o que eu tinha de sensibilidade, os olhos, a boca, olfato, a mão, ficaram mais evidentes, então não tem como eu não estar bem"*.

Assim, se evidenciava nos encontros e nas entrevistas individuais, que as preliminares realizadas ocasionalmente antes da lesão medular, ganhavam status de ato sexual após o incidente

por diferentes fatores mencionados pelos participantes como: não obtenção ou manutenção da ereção, falta de sensibilidade peniana, sendo tanto as zonas erógenas alternativas como o rico repertório de expressões sexuais valorizados devido ao prazer gerado e à satisfação sexual alcançada, em decorrência ao aumento da *"sensibilidade"* e da *"percepção"* como relatado pelos participantes, provavelmente como resultado da capacidade de neuroplasticidade.

Houve limitada, uma vez que *"alguns participantes centralizaram a discussão, limitando o espaço de discussão dos demais"* ou *"inibindo os demais a dar sua opinião devido a criticar diretamente certas opiniões e comportamentos"*, mas rica discussão sobre o tema, onde pôde-se verificar em relação às zonas erógenas que: *"pela mesma natureza somos contemplados com a perspectiva de novas formas de expressão da sensibilidade"*, *"comecei a sentir mais sensíveis áreas nunca antes imaginadas ... meus braços, antebraço, cotovelo, até axilas"*, e esta percepção conduziu alguns à exploração como, por exemplo, dos mamilos: *"então eu comecei a estimular, pegar, apertar, massagear, beliscar"*; em relação ao rico repertório sexual, observou-se que*: "fazemos isso com muita maestria, para satisfazer a nossa companheira"*, sendo o prazer e a satisfação da parceira uma *"preocupação durante o ato sexual"* após a lesão medular.

No entanto, também afirmaram se satisfazer sexualmente por meio de atividades sexuais como sexo oral e toques íntimos, alguns juntamente à penetração vaginal enquanto outros, no entanto, não realizando ou realizando esporadicamente o intercurso, pelos motivos anteriormente mencionados.

Como estratégia, apresentou-se o filme didático *Female Genital Massage*, produzido por The New School of Erotic Touch com o objetivo de demonstrar diferentes técnicas de toques e massagens que propiciam o contato e a estimulação corporal para satisfazer sexualmente a companheira e, conseqüentemente, o casal trabalhando, desta forma, a ampliação do conceito pessoal de sexualidade e a valorização de atividades sexuais diversificadas, distintas do intercurso pênis-vagina.

"Este foi um encontro atípico, onde os participantes estavam em geral muito calados" durante o seminário, porque encerrado *"começaram a conversar em pequenos grupos"* por longo tempo, prática que vinha sendo realizada e que se repetiu pelos demais encontros. A discussão aberta e estimulada diversas vezes, principalmente considerando a recorrência do assunto, não se desenvolveu e não se soube na época o motivo: se devido a não terem se *"identificado com o tema"* ou porque *"não se sentiram à vontade para comentar sobre suas particularidades e*

intimidade", sendo que alguns fizeram comentários ricos de sua vivência pessoal, entretanto, somente após o término do seminário.

O motivo, contudo, foi esclarecido durante a Avaliação Final da Proposta: este foi um encontro com um número grande de participantes, a pesquisadora, dois pesquisadores, sete pessoas com lesão medular e outras patologias, três profissionais convidados e uma companheira, totalizando 14 pessoas envolvidas.

Sexto encontro: Resposta sexual de excitação» o que mudou? O que prejudica? Como melhorar?

Como o título sugere, o tema discutido neste seminário referiu-se à excitação sexual, considerado muito importante, uma vez que abordou *"a preparação do corpo para a atividade sexual, principalmente porque uma das principais respostas corporais ao estímulo sexual é a ereção peniana, componente diretamente afetado pela lesão medular"*.

O conteúdo apresentado durante as palestras, embora tenha sido considerado ótimo, foi criticado por enfocar a ereção que, após a lesão medular *"não é o mais importante!"*, segundo um dos participantes, o qual sugeriu que trouxéssemos mais informações que, desvencilhadas da ereção, auxiliassem na obtenção ou aumento da excitação sexual.

Uma das palestras, no entanto, não foi concluída, sendo respeitosamente interrompida pelos próprios participantes que sugeriram opiniões. A palestrante convidada se estendeu em conteúdos não pertinentes ao tema, apresentou-os de modo *"acadêmico-científico e com palavras provavelmente desconhecidas pela própria"*, sendo esta hipótese posteriormente confirmada pela palestrante. Seu texto *"lido durante a apresentação"* apresentou-se incoerente, comprovadamente pela falta de domínio do conteúdo, embora se observasse a preparação e organização da mesma.

Este incidente evidenciou que as reuniões de equipe não estão cumprindo o objetivo estipulado, uma vez que este assunto seria desenvolvido por outra palestrante, sendo isto definido antecipadamente pela equipe em função da competência para conduzir os seminários, pois perante assuntos não dominados pelas pesquisadoras, convidaríamos *"profissionais competentes para abordar determinados assuntos"*.

Esta palestra foi a única que abordou este tópico e dirigiu-se às pessoas que não são capazes de obter ereção, mas buscam alternativas para obtê-la, ou àquelas que a obtém, entretanto não apresentam rigidez peniana ou, ainda, esta rigidez não é mantida por tempo suficiente de modo a possibilitar o intercurso sexual, ou seja, a pessoas com disfunção erétil em decorrência da lesão medular e que procuram reverter esta situação.

O que se verificou, entretanto, foi que os participantes que solicitaram essas informações não estavam presentes neste seminário, encontrando-se participantes que não tinham interesse por este tipo de informação, provavelmente em conseqüência à não adaptação ou ajustamento sexual pós-lesão medular, como pôde-se verificar pelo discurso e avaliações. Observou-se que a excitação para essas pessoas relaciona-se a *"o encontro, a troca de olhares, as preliminares, que a gente, mesmo sem ter ereção, pode utilizar outros meios para excitar a companheira como a mão, a boca, algum objeto, sendo fundamental a intimidade ... e ficar conversando depois"*.

É pertinente nos diálogos sobre a excitação a necessidade de envolvimento afetivo, intimidade, segurança, sendo vivenciada como o momento da relação em si, não uma preparação para o ato e, por isso, se fazendo presente até o momento final, no *"envolvimento após a relação, de troca de olhares, de conversa"*. A estratégia da "teia de relações" adotada para o grupo focal favoreceu a participação e interação de todos os presentes, possibilitando opiniões distintas e percebendo o tema de diferenciados ângulos.

Surgiram comentários a respeito do corpo sexual, considerado da região da lesão para cima, podendo ser completamente explorado, contudo, caracterizado como um momento marcado pelo romantismo; evidenciou-se a necessidade em se preservar a imagem durante o envolvimento sexual, diante da atitude de não retirar a parte inferior da vestimenta ou sendo relatado como constrangedor o ato de se despir; também salientaram a aparência das pernas "finas e brancas", úlceras de decúbito, bolsa coletora de urina para uns ou o *"fraldão"* para outros e a desproporção corporal entre as partes comprometidas e não comprometidas pela lesão.

Sétimo encontro: Resposta sexual de orgasmo e fertilidade

Neste encontro foram desenvolvidos os temas da gratificação sexual mediante orgasmo e da fertilidade por homens lesionados, objetivando informá-los sobre as possibilidades e

compartilhar opiniões e histórias pessoais, sendo considerado um tema com significativa importância, a ser trabalhado durante o aconselhamento sexual do homem após a lesão medular.

Foi o encontro com o menor número de participantes, contudo, um dos mais ricos, uma vez que todo o conteúdo foi trabalhado nas palestras, permeada por informações científicas *"precisas, com qualidade e respaldo"*, embora transmitidas *"de forma simples e objetiva"*, portanto, compreensivamente. Também, por meio da resenha do livro Velejando a Vida de Antônio Carlos Pecci pôde-se transmitir aos participantes a história de vida deste autor quanto à busca junto à sua companheira por gerar uma criança.

A discussão foi *"proveitosa, com comentários profundos, íntimos e pessoais"*, embora um dos profissionais tenha notado *"uma sensação de certa moral no grupo, que buscam manter não se expondo tanto"*, o que se confirma pelas informações *"subjetivas, generalizadas e pautadas no emocional"*, em ocasiões onde se esperava obter *"informações sobre os aspectos práticos, vivenciados durante a atividade sexual"*.

Entre os assuntos discutidos, mencionaram a percepção subjetiva e física relacionada à gratificação sexual, capacidade de ejaculação, resultado de testes de espermograma, bem como a responsabilidade masculina, imposta socialmente, referente ao desempenho sexual, atitude de alguns participantes diante das limitações próprias e potencialidades alheias, sendo o encontro no qual melhor se auto-avaliaram referente à participação no seminário, possivelmente em vista das contribuições no momento da discussão.

Em vista do número reduzido de participantes, sendo uma das dificuldades relatadas por Schwartzberg (2002) que geralmente afloram no trabalho em grupo, como também do período anual, fins de novembro, considerando que ainda haviam temas a serem abordados e a necessidade em se realizar o seminário final de avaliação da proposta, na reunião de equipe sugeriu-se a diminuição do número de encontros possibilitada pela junção dos temas restantes, emitindo-se no intervalo entre este e o encontro seguinte o segundo boletim do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada, disponibilizado no Anexo T.

Oitavo encontro: "Influência dos aspectos fisiológicos, psicoemocionais e socioculturais na vivência sexual"

Considerando o andamento do grupo e a época do ano, optou-se por mesclar os temas dos demais encontros em um único, sendo este o último seminário desenvolvido pelo GIASA. Estiveram presentes a pesquisadora, dois pesquisadores, um profissional convidado, sete participantes e duas companheiras, inclusive com a presença de um novo convidado, recém-lesionado, acompanhado da parceira, da cuidadora e de familiares.

Não houve palestra, mas foram sugeridos temas, os quais eram comentados pela mediadora e discutidos pelos participantes. Entre os aspectos fisiológicos, emergiu o tema do controle esfincteriano, espasticidade e úlceras de decúbito, seu impacto pessoal e para o casal; entre os psicoemocionais, surgiu o impacto sobre a auto-estima, estima e atratividade sexuais; e, por fim, entre os socioculturais, insurgiu questões relacionadas à deficiência em geral, como a visão das pessoas, dos familiares e amigos, à reinserção social, havendo depoimentos das parceiras, bem como referentes à vivência sexual, sendo discutidos aspectos relacionados ao processo de adaptação sexual e à sexualidade adaptada, aconselhamento oferecido por instituições de reabilitação e o despreparo e falta de formação dos profissionais de saúde.

Desta forma, foram tratados *"uma série de assuntos que influenciam a vivência sexual"*. Foi interessante o recurso adotado de *"utilizar a experiência pessoal dos participantes na elaboração e discussão do conteúdo"*, pois *"as pessoas se envolvem, participam, interagem e o assunto flui de acordo com os interesses dos mesmos"* sem, contudo, esquivar-se dos objetivos do encontro, embora em alguns momentos observou-se que *"trazem conteúdos teóricos, subjetivos, com poucas aplicações práticas"*. Por fim, a intervenção da co-mediadora contribuiu para *"o bom andamento do encontro, envolvendo os participantes que interagem menos"*, havendo atenção, respeito e principalmente troca de experiências entre os participantes e dos mesmos para com o integrante recém-lesionado.

Nono encontro: Avaliação Final da Proposta

Este foi o último encontro do grupo realizado com a finalidade de analisar os encontros como um todo, ou seja, avaliar o Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada, bem como se seus temas e intervenções refletem os anseios, necessidades e potencialidades da população ao qual é destinado e, com base no mesmo, elaborar uma proposta de Reabilitação Sexual.

Com este objetivo, aplicou-se aos participantes-alvo a Avaliação Final da Proposta, questionário contendo questões relacionadas aos temas definidos e a serem sugeridos, sua forma de desenvolvimento, estratégias empregadas e a serem sugeridas, respondido por meio de questões abertas e fechadas, contendo escala Likert de 11 pontos, como também propôs-se discussões, sendo solicitada avaliação crítica, opiniões e sugestões a todos os envolvidos no GIASA, sendo o encontro gravado, transcrito e analisado descritivamente.

Estiveram presentes neste último seminário a pesquisadora, dois profissionais, seis participantes e uma acompanhante.

Uma das críticas realizadas, com o intuito de melhor adequar a proposta, relacionou-se ao número de participantes presentes *"tinha dias que estava cheio demais, o que gerava um certo receio, porque se for cheio de mais, isso pode até assustar ou dar um efeito contrário do que vocês estão esperando"*, sendo esta questão considerada na formulação da nova proposta.

Salientaram a importância do teor teórico, principalmente em relação à orientação *"é importante orientar esses jovens que estão chegando [...], há possibilidade para a vivência sexual, porque senão chega na hora e o problema aparece: tá, e agora? O que qui eu faço? Beijei, beijei e... nada! A parceira provavelmente não vai saber muita coisa para ajudar, e hoje há opções para remediar"*, alertando para a importância em também orientá-los a procurar um especialista para realizar as avaliações para determinar o comprometimento da disfunção sexual, o qual prescreverá medicação ou oferecerá outras opções, como as comentadas nos encontros *"se você tem ela (ereção) à sua disposição, você usa ela quando você quiser, se você não tem ela à disposição, você não tem nem opção de usa-la"*, pois *"são tantas as coisas que podem ser exploradas e que fazem o indivíduo se sentir sexualizado!"*.

Complementarmente sugeriram que buscássemos desenvolver adaptações e encontros com aplicações práticas voltadas ao cotidiano tal como dicas úteis, oficinas, vivências, bem como

que produzíssemos material impresso, sendo um importante recurso, pois, segundo eles, algumas pessoas principalmente no início sentem-se mais à vontade com este tipo de material por dispensar a exposição, também contribuindo para o esclarecimento, familiarização, desmistificação do tema, muitas vezes encorajando-os a buscar este tipo de serviço *"porque necessidade eles têm, têm sim"*.

"Para viabilizar a reinserção social", também sugeriram a inclusão não somente dos parceiros, mas dos familiares *"não é só na gente, o impacto também afeta a família, mais eles tão muito mais preocupados com a alimentação e com a higiene, do que com a sexualidade. Para eles isso é uma coisa que até não deve existir mais [...], para que a família saiba lidar, porque muitas vezes a pessoa é dependente, e se ela quiser desenvolver a sua sexualidade, ela vai precisar do apoio da sua família"*.

Sugeriram, também, a participação da comunidade *"essa questão da sexualidade deveria ser tratada normalmente, de forma comum, como seriam tratadas com as pessoas da comunidade convencional, de forma geral, porque na verdade as pessoas não são informadas ou preparadas pra isso e muitas das nossas dúvidas, são dúvidas pela falta de preparo pra lidar com a sexualidade humana. De repente, no grupo lá dos homens, vocês vão notar os mesmos medos, receios, inseguranças"*.

Os participantes fizeram uma solicitação importante, que já vinha sendo levantada a alguns encontros diante da presença de pessoas recém-lesionadas nos seminários. Para estarmos preparadas e atentas quando formos lidar com as pessoas que recentemente adquiriram a lesão: *"para alguém novo (com pouco tempo de lesão) pode chocar, porque é a realidade, é uma realidade que a gente não sabe até que ponto essa pessoa já tá preparada pra encarar"*.

Acrescentaram que inicialmente *"cê tá passando pelo problema e: sou eu, sou só eu, é só comigo que isso tá acontecendo"* e ainda, que *"esse momento existe e existe outro momento também, de aparecer um grupo de cadeirantes e você dizer: não, eu não sou desse grupo! Então vocês têm que tomar muito cuidado com isso"*. Esta solicitação refletiu na escolha do público-alvo e na importância em se identificar o estágio de adaptação à deficiência em que a pessoa se encontra.

Entre os aspectos comentados referiram-se às expectativas em relação à proposta inicial: *"dentro dos 20 anos que estou nessa situação, muita coisa já não é novidade, muita coisa a gente já conhecia através da experiência, mas no início eu pensei: vai ser tudo novidade!!!*

Aquilo que a gente sabe, esquece! A gente quer novidade... acho até que expectativas irreais", sendo fundamental em uma futura proposta verificar as expectativas dos participantes, bem como definir e esclarecer aos mesmos tanto as capacidades quanto as limitações da assistência a ser prestada.

Como resultado perceberam que, embora haja limitações e prejuízos, a sexualidade adaptada integra a sexualidade humana, sendo a sexualidade humana modificada, expressa e vivenciada de formas alternativas, mas apresentando seus elementos comuns à de qualquer pessoa: *"no início, eu tive certa expectativa de talvez a mais, mais em função da nossa limitação, mas o que eu vi é o conhecimento geral, que a gente se enquadra dentro da sexualidade humana, aquilo que eu aprendi não é exclusivamente para o paraplégico"*.

Comentaram das qualidades do grupo: "*eu achei muito legal e muito interessante, apesar de a gente ser diferente como pessoa, mas você fazer parte de um grupo, você ser tratado como normal e ver um igual é muito bom. Tem tanta gente que faz o maior esforço para ser diferente, ele não sabe como é bom ser igual"*, *"aquilo que eu aprendi foi importante para mim, como conhecimento, não somente como paraplégico, mas como ser humano, porque tinha muitas coisas que eu não sabia como ser humano, eu acredito que esse tipo de coisa é importante: falar, sensibilizar o indivíduo, desmistificar, claro para nós é mais importante porque isso vem a somar"*, demonstrando o valor terapêutico dos atendimentos.

A tabela 5.7. demonstra os resultados quantitativos obtidos com a aplicação da Avaliação Final da Proposta do GIASA, onde a média representa o valor médio atribuído a cada quesito pelos participantes, enquanto a moda representa o valor mais freqüente atribuído ao quesito.

Verificou-se que todos os temas desenvolvidos no GIASA obtiveram qualificação elevada, sendo muito ou totalmente adequados à proposta de reabilitação e portanto devendo ser incorporados à mesma.

Os temas melhor qualificados foram: desejo sexual, refletindo a importância do componente psicológico, o qual motiva o indivíduo a iniciar ou tornar-se responsivo ao estímulo sexual; preliminares sexuais, refletindo o aumento ou variação do repertório sexual, valorização de atividades diferentes do intercurso e, portanto, a ampliação da definição pessoal de sexualidade, bem como aspectos fisiológicos (escara, esfíncteres) e sua influência no âmbito sexual de homens lesionados.

Embora a diferença não seja estatisticamente significativa, os participantes opinaram ser mais adequado para a proposta de reabilitação sexual os temas pré-estabelecidos: “É bom pré-estabelecer temas, mas deixar espaço para temas livres, que emergem durante as discussões dos temas pré-estabelecidos”.

As estratégias foram abordagens de intervenção terapêutica, seja teórica ou prática, utilizadas pelos mediadores, os quais aplicam os meios disponíveis para o desenvolvimento dos temas e de seus respectivos conteúdos durante os seminários. Do ponto de vista dos participantes, todas as estratégias utilizadas foram consideradas muito adequadas a serem incorporadas à proposta de reabilitação sexual. No entanto, a discussão de temas foi a estratégia melhor qualificada pelos mesmos.

Tabela 5.7. Avaliação Final da Proposta: dados quantitativos

	X (Média)	**Qualificação (Moda)**
Temas	**8,2**	**Muito adequado**
Sexualidade humana	8,0	Muito adequado
Diversidade sexual	7,2	Muito adequado
Desejo sexual	9,0	Muito adequado
Preliminares sexuais	9,2	Muito adequado
Zonas erógenas	8,4	Muito adequado
Neuroplasticidade	8,4	Muito adequado
Resposta sexual de excitação	8,6	Muito adequado
Resposta sexual de orgasmo	8,6	Muito adequado
Fertilidade	8,6	Muito adequado
Orientação sexual	8,8	Muito adequado
Práticas sexuais	8,4	Muito adequado
Posicionamentos sexuais	6,6	Muito adequado
Atividade sexual: agentes facilitadores e prejudiciais	8,2	Muito adequado
Readaptação sexual	8,4	Muito adequado
Controle motor e atividade sexual	7,8	Muito adequado
Limitações físicas e atividade sexual	8,4	Muito adequado

Tabela 5.7. Continuação

	X (Média)	**Qualificação (Moda)**
Níveis funcionais e atividade sexual	8,0	Muito adequado
Escaras e atividade sexual	6,6	Totalmente adequado
Controle de esfíncteres e atividade sexual	9,0	Muito adequado
Espasticidade e atividade sexual	8,2	Muito adequado
Aspectos psicoemocionais e sexualidade	7,6	Muito adequado
Aspectos socioculturais e sexualidade	7,6	Muito adequado
Desenvolvimento dos temas	**7,9**	**Muito adequado**
Temas livres	7,8	Muito adequado
Temas pré-estabelecidos	8,0	Muito adequado
Estratégias	**7,7**	**Muito adequado**
Palestras	7,2	Muito adequado
Dinâmicas de grupo	7,0	Muito adequado
Interações entre terapeuta e participante	8,4	Muito adequado
Filmes	7,4	Muito adequado
Demonstrações com material	7,2	Muito adequado
Discussão de temas	8,8	Muito adequado
Material impresso (folder, cartilha, manual, apostila)	8,0	Muito adequado

Após a avaliação qualiquantitativa da segunda etapa do GIASA, esta foi dada por encerrada, sendo iniciado o estágio seguinte da pesquisa.

5.2.4. Quarto estágio da pesquisa: elaboração de uma proposta de reabilitação sexual

As informações colhidas durante as duas etapas do GIASA foram analisadas qualitativamente conforme análise de conteúdo, sendo identificadas duas grandes categorias temáticas: *observações sobre a sexualidade adaptada e o processo de auto-adaptação*, sendo essas informações utilizadas nos Estudos 1 e 2, e *observações sobre o delineamento do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada*, utilizadas na elaboração da proposta de

reabilitação sexual. Desta forma, adiante será apresentada a proposta elaborada, embasada não somente na análise de conteúdo dos encontros e seminários, mas também nas entrevistas e na literatura, sugerida como projeto de extensão do LAGESC/CEFID/UDESC a ser incorporado ao programa de extensão intitulado Clínica Sexológica.

Design do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – Gsex

Definição

O primeiro passo na elaboração da proposta foi defini-la, considerando principalmente para qual público será destinada, bem como a finalidade da mesma, originando o Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – GSex. Essa concepção resultou de vários fatores a serem considerados neste tópico. Um deles derivou do delineamento do GIASA, o qual contou com a presença tanto de participantes com outras deficiências físicas como de pessoas sem deficiências, havendo uma identificação ao compartilharem dificuldades semelhantes, embora a origem das mesmas sejam distintas e, portanto, devendo ser abordadas de formas diferenciadas.

Enquanto alguns participantes sugeriram que a proposta deva incluir os familiares e a comunidade, há aqueles que acreditam que a intervenção não deva ser ampliada e englobar os demais deficientes físicos, recomendando o desenvolvimento somente com pessoas com lesão medular, devido às particularidades dos mesmos, pois poderia intimidar esse público específico no momento de compartilhar suas histórias, dúvidas e dificuldades, por exemplo, como o comentado por um dos participantes exemplificando uma pessoa que sofreu uma amputação *"a dificuldade deles é mais emocional, é o estigma da deficiência, mas não tem nada diretamente afetado pela amputação"*, deste modo, o participante não soube informar se sentir-se-ia à vontade para falar de sua sexualidade com pessoas que tenham outros tipos de limitações, resultando uma possível inibição quanto à exposição de questões pessoais diante de quem vivencia situações distintas. Esta questão pontuada não foi desconsiderada ao ampliar a proposta do grupo, sendo sua resolução instaurada ao definir a finalidade e a forma de intervenção da proposta elaborada, verificadas nos tópicos adiante.

Outro importante fator que contribuiu para essa definição e ampliação da proposta foi a oportunidade de implementar a intervenção terapêutica do grupo voltada à corporeidade em

parceria com profissionais que trabalham com pessoas com dor crônica e fibromialgia. Desenvolvendo intervenções em meio aquático, a Escola Aquática de Bem-Estar oferece a terapia aquática Watsu, que constituirá a intervenção voltada à corporeidade do GSex, a qual visa a promoção de vivências corporais.

Essa parceria surgiu do mútuo interesse entre os projetos de extensão, pois, enquanto os profissionais da Escola Aquática de Bem-Estar perceberam que é importante trabalhar a sexualidade de seus pacientes, auxiliando no cumprimento das metas terapêuticas estipuladas pela mesma, o GIASA anteriormente e o GSex almejam instituir intervenção terapêutica corporal e, desta forma, firmou-se a permuta: enquanto o GSex amplia suas atividades para atender os pacientes do projeto da escola aquática, a escola, por sua vez, expande seus atendimentos visando os participantes do GSex.

A questão do diferencial também influenciou a ampla atuação do GSex. Um dos objetivos do Grupo, ainda que implícito, é a reinserção social, ou seja, tanto a pessoa com enfermidade ou incapacidade deve se integrar à sociedade, quanto a sociedade deve integrar essas pessoas em seu cotidiano.

Portanto, estipulou-se que as atividades do grupo devem ser oferecidas a todas as pessoas da comunidade, uma vez que as necessidades e dificuldades sexuais podem estar presentes na vida de qualquer indivíduo, independente de patologia ou deficiência. Também se acredita que a instituição de atenção a grupos especiais pelo GSex nutriria a diferenciação e desta forma exerceria a exclusão, ainda que das pessoas sem deficiência e/ou patologia.

No entanto, o grupo compreende que as diferenças existem e devem ser respeitadas, mas reconhece e assegura os direitos sexuais humanos. Deste modo, busca exercer seus princípios de que as pessoas com deficiência ou doença crônica não são consideradas deficientes ou doentes, mas pessoas que apresentam patologia ou deficiência e que, antes de tudo, são seres humanos, sendo tratados como tal.

Contudo, também é princípio do GSex que cada pessoa é única, sendo portanto compreendido que todos apresentem suas similaridades e singularidades, sendo respeitadas e consideradas particularmente, como será verificado adiante, principalmente com a definição da fundamentação teórica que norteará as ações do grupo.

Por fim, essa definição ampliada também se deve ao fato de o grupo modificar seu foco da aceitação da sexualidade modificada e adaptada a uma situação como sua finalidade, mas

constituindo parte do processo que conduzirá à promoção da qualidade de vida e saúde sexuais, compreendidas não somente como a ausência ou adaptação à doença ou disfunção, mas ao bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a qual ressalta que, para serem obtidos e mantidos, os direitos sexuais de todos devem ser respeitados, protegidos e cumpridos, embora o grupo esteja ciente de que, para promover a qualidade de vida e saúde sexuais, antes faz-se necessário a adaptação à situação implicada.

Finalidade

O Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual tem por finalidade prover informação, suporte e intervenção terapêutica à comunidade da Grande Florianópolis, sobretudo às pessoas que apresentam deficiências físicas e/ou doenças crônicas, visando a promoção da qualidade de vida e saúde sexuais.

Nesse intuito, o GSex objetiva promover a educação, aconselhamento, reabilitação e terapia sexuais por meio de ações voltadas à sexualidade como um todo, bem como a suas disfunções e inadequações, e à corporeidade. Além disso, também visa proporcionar respaldo científico mediante o desenvolvimento de pesquisas e de formação de profissionais e acadêmicos.

Em busca de atingir os objetivos anteriormente propostos, o GSex será desenvolvido mediante ações desenvolvidas em parceria com outros projetos de extensão da instituição, conforme abordado adiante.

Metodologia de Ação

Ao definir a finalidade do GSex, verificou-se a necessidade de instituir ações específicas, pois uma proposta isolada dificilmente englobaria a todos seus fins. Portanto, compõem o Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual as seguintes ações:

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – atendimento em grupo

Esta ação visa fornecer assistência voltada à prevenção e intervenção no âmbito da sexualidade de pessoas da comunidade em geral, especificamente, daquelas que apresentam deficiências físicas e/ou doenças crônicas, de modo a prover educação, suporte, aconselhamento e reabilitação no âmbito da sexualidade mediante intervenção interdisciplinar, coordenado por uma terapeuta ocupacional, co-mediado por uma educadora física, mas contando com a participação de outros profissionais da área da saúde a serem convidados a compartilhar seus conhecimentos específicos mediante palestras, instituir estratégias terapêuticas, auxiliar os participantes por meio de sua visão particular e fornecer orientação às profissionais responsáveis pelo grupo. A questão relacionada à equipe será melhor abordada em seu tópico específico.

Pautado na prática baseada no cliente, como no GIASA, e nos três primeiros estágios do modelo Ex-PLISSIT – extensão do PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) –, em relação aos quesitos permissão, informações limitadas e sugestões específicas, modelo adotado devido a seus princípios vir ao encontro do buscado pelo GSex, será desenvolvido por meio de seminários com temas e intervenções pré-definidas voltadas à sexualidade, a partir das necessidades e anseios dos envolvidos, sendo, portanto, definidas as prioridades junto aos participantes.

O atendimento em grupo será realizado nas dependências do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID, na Clínica de Fisioterapia, às terças-feiras, com duração de uma hora, com horário a ser confirmado, possivelmente das 19h00min às 20h00min.

O grupo se caracterizará pela heterogeneidade, pois de acordo com Maior (1988) essa característica exerce papel facilitador devido ao reexame das atitudes e valores individuais nutridos pelas diversas vivências. Ducharme *et al.* (1992) afirmam que a presença de outros membros do grupo também com dificuldades sexuais propicia perspectivas, tranquilização e senso de responsabilidade repartida, opostamente à noção de ‘estar sozinho’. O autor ainda pontua que uma das críticas comuns de terapeutas se refere ao paciente questionar junto ao mesmo sobre o que o terapeuta sabe a respeito do que o paciente está sentindo ou vivenciando, por não ter experiência, o que é minimizado no trabalho em grupo por haver outros participantes que vivenciam situações semelhantes.

Outra característica é a duração limitada por oito semanas consecutivas, com encontros semanais, corroborando com Maior (1988) que relatou serem utilizados intervalos entre encontros para permitir assimilação das informações recebidas, fomentar dúvidas e opiniões distintas. Embora alguns autores afirmem que pode ser necessário até 6 meses para estabelecer a coesão do grupo, matriz para a mudança no cenário do mesmo antes que o trabalho significativo possa iniciar, Ducharme *et al.* (1992) reportaram que há relatos na literatura de sucesso em transmitir informações em torno de questões sexuais numa forma de grupo estruturado para curta duração.

Na experiência com o GIASA, observou-se que a extensão dos encontros gerou presença inconstante dos participantes e, por ser aberto, dificultou a iniciação das atividades na primeira etapa, como também a compreensão e acompanhamento dos envolvidos na segunda etapa e, portanto, optou-se por um modelo fechado de grupo para o GSex.

O número de participantes também foi revisto e o grupo agregará no máximo 12 pessoas ao todo entre: pessoas com doença crônica e/ou deficiência física, parceiros, familiares, cuidadores, mediadores, profissionais da saúde e palestrante.

Embora não haja consenso entre os autores relacionado à indicação de aconselhamento ou terapia sexual para pessoas acometidas por doença crônica ou deficiência, a experiência geral demonstra que dificilmente essas pessoas apresentam ajuste e equilíbrio emocional para receber ou buscar informações realistas antes de decorridos os primeiros seis meses. Complementarmente, do ponto de vista clínico, é pouco provável que se possa estabelecer o prognóstico sexual nos primeiros meses; no caso de pessoas com lesão medular, por exemplo, antes é necessário que haja a estabilização da seqüela neurológica e a reeducação da bexiga (MAIOR, 1988; DUCHARME *et al.*, 1992; SIPSKI; ALEXANDER, 2002; FISHER *et al.*, 2002).

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – atendimento individualizado

Esta ação visa fornecer atendimento complementar individualizado a pessoas ou casais que inicialmente não se sentem à vontade ou ainda não estão preparados para ingressar no grupo, com objetivos de reabilitação sexual, ou em que forem detectadas disfunções ou inadequações sexuais, com objetivos de terapia sexual. Desenvolver-se-á utilizando os princípios da

reabilitação e da terapia sexuais, segundo os terceiro e quarto estágios do Modelo Ex-PLISSIT, ou seja, quando se fizer necessário fornecer sugestões específicas ao participante ou casal em particular e quando for imprescindível a terapia intensiva. Esta ação será desenvolvida em parceria com o projeto de extensão Clínica Sexológica, quando se fizer necessária a Terapia Intensiva mediante os princípios da terapia sexual.

O atendimento individualizado ou do casal será realizado nas dependências do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID, na Clínica de Fisioterapia, às quartas-feiras, com duração de 45 min. cada atendimento, com horário a ser confirmado, das 19h00min às 21h00min.

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – corporeidade

A intervenção voltada à corporeidade será desenvolvida em parceria com o projeto de extensão Escola Aquática de Bem-Estar, o qual oferece a terapia aquática Watsu ou *water shiatsu*, que constitui um trabalho corporal criado como técnica de massagem e bem-estar que apresenta resultados benéficos de alongamento e mobilizações eficazes, baseadas no *zenshiatsu*. Caracteriza-se por exercício de respiração para relaxamento, alongamentos passivos e massagem realizados enquanto a pessoa flutua em uma piscina com água morna, o qual enfatiza o contato corporal, abrange uma relação mente-corpo, bem como conexão nutritiva e habilitadora (DULL, 2000).

A intervenção aquática pode ser individualizada ou em grupo, realizada nas dependências do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID, na Piscina Terapêutica, às terças-feiras. Ambas tem duração de uma hora, a individualizada com horário a ser confirmado entre as 14h00min e 16h30min e em grupo com horário já estipulado, das 16h30min às 17h30min.

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – avaliações sistemáticas

Esta ação visa avaliar o estágio de ajustamento emocional à patologia e/ou deficiência física, quando se fizer necessário, realizada no ingresso do participante ao projeto com a finalidade de identificar o momento vivenciado pelo mesmo para a indicação, ou não, de atendimento, e se o mesmo, quando indicado, será em grupo ou individual, bem como visa avaliar a sexualidade humana objetivando delinear o perfil sexual e detectar possíveis disfunções

ou inadequações sexuais, sendo esta realizada em dois momentos: antes de iniciar o ciclo e ao finalizar o ciclo de seminários do grupo e os atendimentos individualizados ou em casal, verificando a evolução de cada participante. Serão realizadas na mesma data e horário do atendimento em grupo do GSex.

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – grupo de estudos

Esta ação visa promover o estudo e a pesquisa relacionada à sexualidade de grupos especiais como pessoas com cardiopatia, doenças degenerativas, lesão medular, amputação, câncer, dor crônica, fibromialgia, poliomielite, acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, mielomeningocele, doenças pulmonares, entre outras. Quando para fins não somente de estudo e pesquisa, mas de formação profissional, esta ação será desenvolvida em parceria com o projeto Formação em Clínica Sexológica.

O grupo de estudos será realizado às quartas-feiras das 18h00min às 19h00min. A formação ocorrerá agregando as atividades do grupo de atendimento e de estudos do GSex com a formação na Clínica Sexológica, composta pelas disciplinas de Desenvolvimento Humano – abordagem evolucionista e de Gênero e Sexualidade do Mestrado em Ciências do Movimento Humano (CEFID/UDESC), ambas realizadas às segundas-feiras, das 08h00min às 12h00min, a primeira durante o primeiro semestre letivo e a segunda durante o segundo, e pela capacitação no projeto Clínica Sexológica às quartas-feiras das 19h00min às 21h00min.

Fundamentação teórica

A filosofia que regerá o trabalho a ser desenvolvido pelo Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual é a Prática Baseada no Cliente, uma vez que a essência do grupo é a colaboração entre participantes e profissionais da saúde, os quais trabalharão conjuntamente em prol dos objetivos almejados pelos primeiros, considerados os componentes mais importantes em qualquer intervenção instituída pelo grupo.

Segundo Sumsion (1999), a terapia baseada no cliente é uma parceria instituída entre o terapeuta e o cliente, onde os objetivos para os pacientes devem ser priorizados e configuram-se no centro das avaliações e tratamentos. O terapeuta compreende e respeita os princípios do

cliente e adapta a intervenção para se ajustar às necessidades do mesmo, que participa ativamente do processo, responsabilizando-se pelas mudanças de comportamento, sendo incentivado a tomar decisões que permeiem a terapia. Terapeuta e paciente trabalham em conjunto para analisar as questões apresentadas e habilitar o cliente a preencher suas expectativas.

Um dos modelos adotados pelo GSex é o Ex-PLISSIT, adaptado por Davis (2006), sendo uma extensão do PLISSIT desenvolvido por Annon em 1976. Há 30 anos, Annon criou esse modelo com a finalidade de ser utilizado por profissionais da saúde para favorecer a comunicação a respeito das necessidades do bem-estar sexual de indivíduos com doença crônica ou deficiência física adquiridas, propondo um modelo de aconselhamento sexual em vários níveis, incorporando toda a equipe de saúde que trabalha com o paciente, utilizado tanto para determinar as necessidades sexuais do mesmo, quanto o nível de habilidade dos profissionais da área em fornecer assistência à saúde sexual a seus pacientes (SIPSKI; ALEXANDER, 2002; ESMAIL *et al.*, 2002; FRONEK *et al.*, 2005).

Segundo Annon (1976), a maioria das pessoas é capaz de resolver seus problemas sexuais caso lhe seja dada permissão *(Permission)* para ser sexual, ter interesse por atividades sexuais e discutir sobre o assunto caso receba informações limitadas *(Limited Information)* sobre questões sexuais e sugestões específicas *(Specific Suggestions)* a respeito de meios para minimizar ou resolver problemas sexuais. Por fim, quando os profissionais reconhecem que ainda há necessidade ou dificuldades nessa área, indicam o paciente a um profissional habilitado para instaurar terapia intensiva *(Intensive Therapy)* (SIPSKI; ALEXANDER, 2002; ESMAIL *et al.*, 2002; TAYLOR; DAVIS, 2007).

Deste modo, os três primeiros estágios são intervenções adequadamente instituídas por profissionais da reabilitação preparados para lidar com a sexualidade de seus pacientes e, portanto, serão desenvolvidos no atendimento em grupo realizado pelo GSex. O último estágio é implementado apenas por profissionais habilitados a lidar com as necessidades sexuais de pacientes: sexólogo, terapeuta sexual ou outro profissional capacitado. Desta forma, será desenvolvido por meio do atendimento individual fornecido pelo GSex em parceria com o projeto da Clínica Sexológica, que prestará atendimento pautado na Reabilitação e Terapia Sexuais para pessoas da comunidade em geral com problemas específicos relacionados à esfera sexual.

O PLISSIT apresenta uma estrutura hierarquizada, que fornece inicialmente permissão explícita para abordar o tema da sexualidade, sendo implícita nos demais estágios e, por

conseguinte, nem sempre percebida pelo paciente, o qual ainda pode entender que não é apropriado conversar sobre seus anseios sexuais em outros momentos (SIPSKI, ALEXANDER, 2002; TAYLOR; DAVIS, 2007).

O Ex-PLISSIT, por sua vez, enfatiza o papel da permissão a ser dada ao paciente em todos os estágios, onde as intervenções realizadas devem iniciar com a permissão dada explicitamente, conferindo ao indivíduo a oportunidade de questionar ou comentar sobre suas preocupações sexuais. Também caracteriza-se por incluir elementos de reflexão e revisão por parte dos profissionais, como também por não trabalhar com os estágios hierárquica, mas simultaneamente, ou seja, os participantes que integrarão o GSex tanto poderão freqüentar os atendimentos em grupo, onde a intervenção envolverá informações limitadas e sugestões específicas, como o individualizado, onde ser-lhes-ão fornecidas sugestões específicas relacionadas à reabilitação sexual ou terapia sexual intensiva, recebendo em ambos permissão explícita para questionar ou falar a respeito da temática (TAYLOR; DAVIS, 2007).

O GSex, conforme a literatura na área (DUCHARME *et al.*, 1992; SIPSKI; ALEXANDER, 2002) faz distinção entre aconselhamento sexual, reabilitação sexual e terapia sexual. Embora haja semelhanças entre os dois primeiros, ao pressupor que o indivíduo é uma pessoa com deficiência física ou doença crônica, bem como que a adaptação sexual é somente uma das alterações abordadas pelo paciente e, portanto, objetiva promover o ajustamento à situação implicada, essas abordagens diferenciam-se devido ao aconselhamento voltar-se à intervenção mediante orientação oral, conferindo informações aos interessados, enquanto a reabilitação traz elementos de intervenção e estratégias para assimilação, modificação de comportamentos, aceitação da situação implicada, melhoria do bem-estar sexual, entre outros. A terapia sexual, por sua vez, pressupõe a prioridade do âmbito sexual, realizando intervenções voltadas à disfunção sexual específica e não à adaptação e modificação de toda uma situação implicada.

Enquanto a terapia sexual requer um especialista a abordar sua técnica, a reabilitação sexual requer a assistência dos diferentes profissionais da área da saúde capacitados para abordar questões relacionadas aos aspectos fisiológicos, psicoemocionais e socioculturais que compõem a sexualidade humana, e que podem ser afetados diante de patologia ou deficiência.

Princípios do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual

Como aludido anteriormente, o GSex é regido por princípios que exprimem sua filosofia de trabalho e ética de funcionamento, bem como norteiam seu plano de ação. Esses princípios são relacionados a seguir.

Conforme a OMS, a promoção da saúde constitui o “processo de habilitar pessoas a aumentar seu autocontrole e melhorar sua saúde”, fornecendo informações e intervenções terapêuticas que permitam aos pacientes terem responsabilidade sobre sua própria saúde.

Cada participante é único, tem sua autonomia reconhecida, possui valores, apresenta experiências particulares e traz perspectivas individuais às ações do GSex. Os envolvidos têm direito a fazer escolhas e possuem livre acesso a todas as informações necessárias sobre as ações do grupo. A característica-chave do mesmo é tentar enxergar a problemática através do olhar do paciente, compreendendo o significado da mesma para ele, adotando sua visão de mundo.

Interdisciplinaridade

O GIASA foi desenvolvido com base na prestação de assistência realizada por uma equipe interdisciplinar devido às suas finalidades e conforme recomendado por autores da área (MAIOR, 1988). Contudo, percebeu-se na atuação do GIASA a dificuldade de constituir uma equipe multiprofissional no que se refere ao trabalho voluntário, uma vez que requer a dedicação de cada membro, dispondo de tempo para a intervenção em grupo, bem como para a reunião profissional. Esta última é considerada um dos fatores mais importantes da atuação interdisciplinar, momento onde são definidos os aspectos relacionados ao delineamento da pesquisa e dos procedimentos do grupo, como no GIASA, e à intervenção terapêutica como visado em ambos os grupos, sendo uma ação que fundamenta o uso da comunicação da equipe interdisciplinar, uma vez que compreende diferentes especialistas, cada um com olhar único sobre o participante e o todo.

Articulada em conjunto pelos profissionais envolvidos, a reunião profissional tem por finalidade a estruturação do planejamento das intervenções, considerando o plano de tratamento de cada participante, e avaliação da evolução de cada um, como também do grupo como um todo e, no caso do atendimento individual, a alta do atendimento.

Desta forma, instituiu-se que a equipe será composta pela coordenadora, terapeuta ocupacional e a co-mediadora, educadora física, sendo que os profissionais das áreas da sexologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, assistência social e psicologia serão convidados a dar palestras, orientações aos participantes ou à própria equipe, sendo realizada a orientação da mesma pelo sexólogo, entre outras contribuições que venham a somar ao trabalho instituído.

Contudo, ressalta-se que o GSex sempre receberá os profissionais que desejarem se agregar ao grupo, seja como participante, convidado ou membro da equipe, bastando somente neste último caso, se comprometer com a proposta do mesmo e, portanto, com a reunião da equipe profissional, embora todos serão convidados a participar dessas reuniões, sem comprometimento, exceto dos membros da equipe, podendo se fazer presente nas mesmas quando almejar ou se fizer possível.

Por meio das atividades desenvolvidas no GIASA, perceberam-se as condutas dos profissionais da saúde para com os participantes a serem adotadas pelo GSex: é imprescindível o vínculo terapeuta-paciente proporcionado pelo estabelecimento de relação com empatia, atuando de modo a conquistar a confiança e espontaneidade dos freqüentadores; não estimar como conveniente para os envolvidos as próprias preferências sexuais, bem como não julgar os comportamentos dos mesmos; sentir-se preparado e à vontade para abordar o tema da sexualidade; ter conhecimento sobre sexualidade humana, sexualidade adaptada, patologias e deficiências físicas, quanto aos aspectos neurológicos, urológicos, cardiológicos; conhecer técnicas de entrevista; e reconhecer limitações quando necessitarem de assistência especializada (MAIOR, 1988; DUCHARME *et al.*, 1992; SIPSKI, ALEXANDER, 2002).

Diante da identificação de barreiras para prover reabilitação no âmbito da sexualidade, atualmente emerge a necessidade de capacitar os profissionais a trabalhar com as questões sexuais de seus pacientes e, com esse intuito, Kendall *et al.* (2003) desenvolveram a Escala de Conhecimento, Conforto, Abordagem e Atitudes a respeito da Sexualidade para avaliar as necessidades dos profissionais em relação à sexualidade de seus pacientes, utilizada no ingresso de graduados ou acadêmicos ao Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual, como estágio inicial na formação e/ou atuação desses profissionais junto ao GSex.

Funções dos membros do grupo: coordenador, mediador, co-mediador e palestrantes

O coordenador exerce a função de gerir todas as atividades do GSex e os envolvidos no mesmo; propiciar caráter confidencial em relação ao discutido; possibilitar a formação de relacionamentos dentro do grupo e como lidar com eles; identificar os assuntos relevantes para os pacientes. O mediador tem por função dar permissão para discutir o assunto; criar uma atmosfera calorosa, segura e sem ameaças; e manter a discussão dentro do tema. O papel atribuído ao co-mediador é o de auxiliar o mediador de modo a perceber o envolvimento de cada participante, enquanto o mediador percebe o andamento do grupo, identificando possíveis conflitos, motivos de maior ou menor interação, entre outros. Já o palestrante transmitirá o assunto a ser abordado no seminário de forma acessível e esclarecedora (DUCHARME *et al.*, 1992).

O processo de atendimento

Inicialmente, os participantes poderão participar do atendimento voltado à corporeidade desenvolvido pela Escola Aquática de Bem-Estar. Os freqüentadores terão intervalo de uma hora entre a intervenção corporal e o atendimento no grupo.

O atendimento em grupo do GSex será realizado baseando-se nos pilares estabelecidos para o GIASA. Desenvolvidos por meio de seminários, constará de intervenção teórica mediante orientação oral fornecida pelas palestras; grupo focal favorecido pela discussão, trocas de experiências relacionadas ao conteúdo desenvolvido na intervenção teórica e intervenção prática mediante estratégias terapêuticas que visem a aplicação cotidiana do tema abordado na palestra.

Um exemplo consiste em um seminário cujo tema é: o que desperta o interesse sexual e como agir diante do mesmo. Na intervenção oral pode-se abordar o tema do desejo sexual, identificação do que o desperta, iniciativa, barreiras sociais entre outros temas envolvidos. Na discussão, sugere-se que os participantes falem sobre como se sentem e agem quando o desejo é despertado, como o percebem, quais os sentimento e reações. Na intervenção prática, sugere-se trabalhar os mapas amorosos, orientação do desejo sexual, identificação e conscientização de que desperta o desejo, assimilação em relação aos comportamentos, bem como a necessidade, quando se fizer necessário e se desejar, de modificá-los, mediante a dessensibilização sistemática, entre outras estratégias terapêuticas que podem ser utilizadas. O delineamento segue a proposta do

GIASA de não ser fixo, mas dinâmico, podendo alterar a ordem de realização dos pilares ou utilização mesclada dos mesmos, embora sejam preservados em todos os encontros.

Ressalta-se, no entanto, que o objetivo do atendimento em grupo é a noção dos padrões e comportamentos, sendo trabalhado o grupo como um todo e esperando-se resultados relacionados à conscientização e ampliação da definição pessoal de sexualidade, resultados que alicerçam a conduta humana, bem como os tópicos a serem abordados e resultados a serem obtidos com o atendimento individualizado.

A elaboração dos seminários e a definição dos tópicos a serem abordados, contudo, dependerá da opinião dos participantes, principalmente considerando suas prioridades individuais e grupais, bem como a importância da função sexual, por vezes supervalorizada, outras, desprestigiada pelos profissionais, identificados por meio da Avaliação Centrada no Participante e no Grupo, corroborando com Maior (1988), uma vez que para cada pessoa, atendendo às repercussões da deficiência física, doença crônica ou outras dificuldades sobre a esfera sexual, alguns desses itens poderão ser mais enfatizados.

Os temas e as intervenções a serem desenvolvidas

Os temas, conteúdos e estratégias a serem abordados no GSex foram revistos se considerarmos que o GIASA em seu primeiro encontro buscou levantar os temas relevantes e, em seu segundo, definir os temas, conteúdos e estratégias. Isto pode ter ocorrido em conseqüência a considerar-se que o conteúdo explícito e implícito no discurso dos participantes refletisse o que deveria ser abordado. Segundo a opinião de um dos envolvidos, o grupo conglomerou grande número de pessoas, os quais transitavam entre os encontros resultando no discurso dos membros em relação à vida sexual como sugerido por um deles, de que estavam todos muito bem resolvidos sexualmente, o que despertou no mesmo dúvidas em relação a esta questão, já que “sempre tem alguma dificuldade”.

Com a finalidade de pesquisa, os temas trabalhados foram muito importantes, pois foi possível adquirir informações relacionadas ao âmbito sexual, uma vez que várias de suas dimensões foram discutidas, tais como desejo, excitação, sensação de orgasmo, freqüência sexual. No entanto, com finalidades terapêuticas, essas informações tendem somente a servir como orientação oral e, embora se reconheça o valor terapêutico desse tipo de orientação, como

conscientizar, assimilar, desmistificar, reformular concepções, muitos dos que procuraram o grupo tinham expectativas de um saber prático, aplicável no cotidiano, como indica a opinião de um participante de que as pessoas, quando solicitam este tipo de atendimento, buscam uma aplicação prática, tais como dicas, vivências, que o conteúdo das palestras, embora interessante, era teórico.

Em termos, os participantes têm razão, uma vez que os seminários desenvolveram-se mediante palestras, contudo a ausência dos mesmos nos encontros que abordaram as respostas sexuais de excitação e orgasmo e seus dispositivos e agentes facilitadores e prejudiciais impossibilitou-os de perceberem e avaliarem algumas das abordagens práticas sugeridas com demonstrações, desenvolvida pelo GIASA.

Entretanto, como os temas definidos foram bem avaliados pelos participantes, optou-se por desenvolvê-los de forma distinta. Entre os temas e conteúdos a serem abordados pelo GSex estão: sexualidade humana e seus componentes; diversidade sexual, revisão de anatomia e fisiologia sexuais; informações sobre as repercussões das diferentes patologias e deficiências na função sexual, aspectos psicoemocionais e socioculturais e suas influências na vivência sexual; ampliação do repertório de expressões e atividades sexuais em busca de gratificação sexual, incluindo valorização de formas não genitais; aceitação da nova imagem corporal, com suas deformidades e complementos; processo de mútua adaptação à deficiência e à esfera sexual (da pessoa e do parceiro); cuidados preparatórios para a relação sexual (esvaziamento intestinal e vesical, retirada temporária ou acomodação da sonda vesical); preparação psicológica e técnica do parceiro, principalmente em caso de deficiências mais severas; comunicação franca entre parceiros (posições mais confortáveis ou mais apreciadas, carícias desejadas, áreas estimulantes ou inibitórias, conhecer as preferências próprias e do outro), aspectos fisiológicos e sua implicação na atividade sexual (controle de esfíncteres, espasticidade, úlceras de decúbito, hiperreflexia autonômica, cuidados de higiene íntima, preservação da integridade da pele e reeducação esfincteriana); técnicas para a fertilidade; desenvolvimento de habilidades sociais, auto-estima, nível de conforto, ampliar a definição pessoal de sexualidade (MAIOR, 1988; JACOBSON, 2000; SIPSKI;ALEXANDER, 2002).

Entre as estratégias terapêuticas poderão ser utilizadas: divisão de responsabilidade; educação e informação; mudança de atitude; eliminação da ansiedade quanto ao desempenho; técnicas que incrementam a comunicação sexual; prescrição de mudança no comportamento e

modificação do papel sexual e do estilo de vida; dessensibilização sistemática; mapas amorosos; técnica de stuffing (introdução manual do pênis flácido na vagina); exercícios de Kegel; técnicas de estimulação oral-genital; massagens eróticas; desvincular o prazer da perversão ou do pecado (maior permissividade e abertura para discutir e aceitar novos padrões de comportamento sexual e talvez a iniciativa de experimentá-los de comum acordo com o parceiro, uso de lubrificantes e travesseiros para melhor posicionamento da mulher), vivências (MAIOR, 1988; JACOBSON, 2000; SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Embora o repertório de temas e estratégias seja vasto, serão selecionados e utilizados conforme o plano de atendimento a ser definido em conjunto com os envolvidos, de acordo com as necessidades e anseios identificados em relação a cada participante e ao todo na Avaliação Centrado no Participante e no Grupo, sendo passível de ser modificado ou reformulado a partir de cada encontro, considerando o desenvolvimento e dinâmica dos mesmos.

Indicadores para a reabilitação sexual de homens com lesão medular

(In)Satisfação Sexual

O principal indicador da reabilitação sexual consiste no nível de satisfação sexual do paciente, uma vez que se refere ao sentimento de saciedade ou aprovação em relação à sexualidade, consistindo no ato ou efeito de se satisfazer com a vida e, de forma específica, com o desempenho sexual.

Desta forma, o sentimento de frustração experimentado pela pessoa que não desfruta completamente do prazer e do orgasmo, ou seja, a insatisfação sexual é o parâmetro fundamental a ser avaliado, o qual certifica da necessidade do paciente lesionado de ser encaminhamento e receber assistência especializada à esfera sexual.

Segundo Arnau (2005) as causas para a insatisfação sexual são múltiplas, sendo que as mais freqüentes se originam da falta de afeto ou desavenças entre o casal e a estimulação sexual inadequada ou insuficiente, podendo ainda ser conseqüência da falta de informação sexual, inibição, não realização das fantasias eróticas ou transtornos e parafilias sexuais. Entre os homens, a principal causa de insatisfação advém da disfunção erétil, ou seja, a satisfação sexual possui um estreito vínculo com a resposta sexual humana, o que corrobora com os resultados

obtidos por este estudo, uma vez que um dos principais preditores da satisfação sexual é o nível de excitação sexual pós-lesão medular.

Contudo, considerando que um dos fortes preditores da mesma é um componente psicológico, a concepção da atividade sexual desvinculada da prática de penetração vaginal, um dos fortes fatores que predizem a satisfação sexual entre os homens lesionados advêm da modificação e ampliação da concepção pessoal a cerca da sexualidade.

Outro fator que corrobora para que a satisfação sexual seja o principal indicador da reabilitação sexual consiste no fato de ser um dos fortes preditores da auto-adaptação sexual, sendo o fator psicológico responsável pela capacidade do homem lesionado de se ajustar à sexualidade modificada pela lesão medular, juntamente ao fator fisiológico capacidade de obter ereção espontânea.

Ao considerar a satisfação sexual como um forte indicador da assistência voltada ao âmbito sexual e a capacidade de auto-adaptação sexual como modelo para esta proposta, os aspectos que os permeiam devem integrar o protocolo de reabilitação sexual. Desta forma, esta proposta deve objetivar:

- ✓ **Conscientizar o homem lesionado de seu problema, bem como das causas do mesmo.** Esta é a primeira meta a ser obtida pelo profissional de saúde ou pelo programa de reabilitação sexual. Entre os homens que solicitam a assistência, a conscientização configura-se no primeiro passo para a resolução da problemática.
- ✓ **Trabalhar a aceitação da nova realidade em contraposição à comparação com o período anterior.** Os homens que tiveram menor tempo de vida sexual ativa antes da lesão reportaram níveis mais elevados de satisfação sexual e de adaptação à sexualidade adaptada, possivelmente por não comparar o desempenho sexual entre os períodos pesquisados. É possível que os homens com muito tempo de vida sexual ativa antes do incidente traumático tendam a querer readquirir a mesma vida sexual anterior ao trauma, devendo esta concepção ser trabalhada.
- ✓ **Estimular e favorecer a atividade sexual.** Os homens lesionados que se encontram ativos sexualmente tendem a reportar níveis mais elevados de satisfação e adaptação sexual, enquanto a inatividade sexual permeia os participantes insatisfeitos e não ajustados sexualmente.

- ✓ **Favorecer o estabelecimento de parcerias sexuais e estimular a obtenção de freqüência sexual satisfatória.** Os homens lesionados com número maior de parceiros sexuais e freqüência sexual tendem a reportar níveis mais elevados de satisfação sexual, no primeiro caso, e de satisfação e adaptação sexuais, no segundo caso.
- ✓ **Desmistificar os temas sexualidade e deficiência física.**
- ✓ **Modificar e ampliar a concepção pessoal sobre o sexo.** Os homens lesionados que acreditam que o sexo não depende exclusivamente da prática de penetração vaginal tendem a apresentar níveis consideráveis de satisfação sexual
- ✓ **Ampliar o repertório sexual.** O vasto repertório sexual auxilia o homem lesionado a se adaptar à sexualidade modificada pela lesão medular.
- ✓ **Modificar os mapas amorosos.** A preferência por práticas sexuais distintas do intercurso sexual favorece a maior satisfação com a vida sexual.
- ✓ **Incrementar o desejo sexual.** Os homens lesionados com índices mais elevados de desejo sexual tendem a reportar índices mais elevados de satisfação com a vida sexual, enquanto os com desejo hipoativo ou nulo relataram índices elevados de insatisfação sexual.
- ✓ **Incrementar a capacidade de se sentir excitável e excitar o parceiro.** Os homens lesionados que se sentem excitados e percebem que excitam o parceiro tendem a apresentar níveis mais elevados de satisfação sexual e melhor se adaptaram à sexualidade modificada pela lesão.
- ✓ **Favorecer a manutenção da capacidade eretiva.** Os homens lesionados que conseguem manter a ereção por tempo suficiente para a prática satisfatória do intercurso tendem a reportar índices mais elevados de satisfação com a sexualidade.
- ✓ **Favorecer a obtenção de orgasmos.** Os homens lesionados que não obtêm orgasmos ou apresentam dificuldade em obtê-lo relataram índices mais elevados de insatisfação sexual e dificuldade na capacidade de adaptação à nova sexualidade.
- ✓ **Estimular as zonas erógenas.** Os homens lesionados que sentem prazer em zonas erógenas, tais como o pênis e o peito tendem a reportar melhores níveis de satisfação e adaptação sexuais.

Desta forma, o olhar do profissional que trabalha com reabilitação sexual deve incidir principalmente sobre os homens lesionados que:

- ✓ Possuem tempo considerável de vida sexual ativa antes da lesão;
- ✓ Adquiriram a lesão na idade adulta (acima de 21 anos);
- ✓ São recém-lesionados;
- ✓ Não se encontram ativos sexualmente;
- ✓ Estabeleceram pouca ou nenhuma parceria sexual após a lesão medular;
- ✓ Possuem freqüência sexual inferior ao período anterior à lesão;
- ✓ Não conseguem dissociar o sexo da prática de penetração vaginal;
- ✓ Não praticam penetração ou outras atividades sexuais;
- ✓ Possuem pobre repertório sexual;
- ✓ Não tem preferência por outras práticas sexuais distintas da penetração vaginal;
- ✓ Apresentam desejo sexual hipoativo ou nulo;
- ✓ Apresentam nível reduzido de excitação sexual;
- ✓ Têm dificuldade de manter a ereção por tempo suficiente para realizar a penetração;
- ✓ Têm dificuldade ou não conseguem atingir o orgasmo;
- ✓ Não sentem prazer em regiões corporais como o peito e o pênis;
- ✓ São menos escolarizados;
- ✓ Encontram-se casados.

Também deve ser considerado na reabilitação sexual as dificuldades particulares, as quais podem ser trabalhadas considerando os fatores que a influenciam, conforme reportado no primeiro estudo, tal como sugere-se a seguir.

Desejo Sexual

No primeiro estudo não foram encontradas correlações entre o desejo sexual e o número de parceiros ou a freqüência sexual, ou seja, o desejo do homem lesionado por sexo não influenciou as parcerias sexuais ou a freqüência de atividade sexual, como também as parcerias estabelecidas e a freqüência sexual não influenciaram o desejo dos participantes por sexo. Embora o estudo não tenha controlado a variável desejo sexual do parceiro, este achado pode

indicar que tanto as parcerias como a freqüência ocorreram conforme o interesse sexual do outro e aponta para a importância de se trabalhar na reabilitação sexual a necessidade dos homens lesionados de ter iniciativa e procurar estabelecer parcerias, bem como ter atividade sexual freqüente, de acordo com o interesse sexual pessoal. Este resultado pode ser em conseqüência da diminuição da auto-estima, estima corporal e/ou estima sexual, atratividade sexual, sendo importante tanto avaliar esses quesitos como intervir, visando a melhoria de seus índices.

A melhoria do nível de desejo sexual deve ser trabalhado principalmente entre os homens que adquirem a lesão na idade adulta, considerando os fatores que favorecem seu incremento: ampliação do repertório sexual com práticas distintas da penetração, como por exemplo a masturbação; identificação e modificação dos mapas amorosos, estimulando a preferência por práticas sexuais alternativas, como por exemplo o sexo oral e os toques íntimos; favorecer o satisfação sexual, uma vez que influencia o nível de desejo sexual.

Sexo sem penetração

O fato da concepção de que o sexo pode ser realizado independente da prática de penetração vaginal ocorrer independente dos participantes apresentarem disfunção sexual ou falta de sensibilidade peniana sugere que a alteração da concepção anterior sobre sexo e a ampliação da definição pessoal de sexualidade devem ser aspectos a serem trabalhados na reabilitação sexual entre todos os envolvidos, principalmente devido a esta concepção ser um dos fortes preditores da satisfação sexual.

Disfunção sexual

Os participantes com algum tipo de disfunção sexual tenderam a estabelecer menos parcerias sexuais, podendo se configurar em uma dificuldade enfrentada após a lesão medular, sendo um importante indicador no processo de reabilitação sexual, tanto para que vise o tratamento das disfunções sexuais, como para que amplie a definição pessoal de sexualidade, dissociando-a da função sexual, favorecendo as parcerias que, por sua vez, favorecem a satisfação com a vida sexual.

O tratamento da disfunção sexual também favorece a penetração que, por sua vez, favorece a obtenção de orgasmos, que pode influenciar a satisfação sexual.

Entre as pessoas com tetraplegia, deve-se trabalhar principalmente a manutenção da ereção, enquanto entre as pessoas com paraplegia, o foco tende a incidir sobre a obtenção da ereção.

Excitação sexual

Pode-se trabalha a capacidade de se tornarem excitáveis sexualmente, principalmente entre os casados e os que adquiriram a lesão quando mais velhos.

Repertório sexual

Trabalhar a ampliação do repertório sexual e da definição pessoal de sexualidade favorece o envolvimento em atividade sexual que, por sua vez, favorece a satisfação sexual.

Estes são alguns exemplos de como a conscientização a respeito do impacto causado pela lesão medular sobre a sexualidade humana, abordada no primeiro estudo, auxilia na assistência especializada a ser fornecida ao paciente, bem como a compreensão a cerca do processo de auto-adaptação sexual, abordada no segundo estudo, fornece um modelo teórico a embasar a proposta de reabilitação sexual, ambas alicerçando a formação profissional e respaldando a intervenção terapêutica.

5.3. CONCLUSÃO

Este estudo, que objetivou elaborar uma proposta de reabilitação sexual para homens com lesão medular em parceria com as pessoas envolvidas no processo, foi viabilizado mediante a implantação do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada – GIASA como estratégia de pesquisa-ação.

O GIASA foi desenvolvido considerando os objetivos de pesquisa e constituiu-se em fonte de informações referentes às preocupações relevantes e às práticas rotineiras inerentes aos envolvidos com relação à sexualidade modificada pela lesão medular e possibilitou a definição de temas e intervenções com enfoque sobre a temática. Como ação desenvolveu intervenções apropriadas, orientação verbal, estratégias para assimilação ou melhoria da função, sob a avaliação dos participantes pertinente ao estudo em questão, em uma proposta que ofereceu apoio emocional e respaldo profissional para a resolução de dúvidas e/ou problemas.

Este grupo caracterizou-se por atendimentos semanais, com duração de 90 minutos, fornecidos por equipe interdisciplinar. Consistiu em grupo de apoio ou suporte, ao fornecer apoio para as pessoas acometidas por lesão medular, companheiras, familiares e profissionais que assistem a essa população; como grupo terapêutico, ao buscar responder aos correntes questionamentos, minimizar ou sanar dificuldades emergentes e atender às necessidades suscitadas pelos participantes; e como grupo focal, ao construir um conhecimento coletivo a partir de foro de discussão grupal.

Embasou-se na Prática Baseada no Cliente, a qual considera a singularidade de cada paciente, centrando o atendimento às suas prioridades e capacidades remanescentes, percebendo a deficiência e suas implicações, neste caso específico, sobre a sexualidade, através do olhar do participante. A partir do embasamento e dos objetivos de pesquisa e ação desenvolveu seus instrumentos.

Estruturou-se sobre dois pilares, teórico mediante a discussão dos temas priorizados pelos participantes e posteriormente por temas livres e práticos, mediante a realização de atividades objetivando a expressão e conscientização corporal e dos movimentos, embora esta última não tenha sido desenvolvida devido ao perfil dos participantes. Seu processo foi dinâmico, modificando de atendimento a atendimento, conforme atividade proposta ou diante da dinâmica e evolução dos encontros, embora se baseassem nos fundamentos estabelecidos para o desenvolvimento do Grupo.

Sua aplicação foi realizada em duas etapas, na primeira identificaram-se os conteúdos pertinentes à sexualidade das pessoas com lesão medular adquirida, possibilitando a definição dos temas e sugestão das intervenções a serem incorporadas à proposta de reabilitação sexual e, na segunda, desenvolveu os temas emergentes, ampliando e aprofundando o conhecimento dos pesquisadores referente ao assunto pesquisado.

A primeira etapa do GIASA iniciou-se em maio de 2007 e finalizou em setembro do mesmo ano, totalizando 8 encontros e 16 pessoas envolvidas entre pesquisadores, profissionais de saúde, pessoas com lesão medular, como também com outras deficiências físicas, e acompanhantes. Caracterizou-se por discussões de *temas livres*, sugeridos pelos pesquisadores ou pelos participantes, utilizando-se de comentários, informações do meio científico, questionamentos, histórias de vida e textos produzidos pelos próprios participantes. Foi finalizada ao verificar a recorrência dos conteúdos, resultando na definição de 22 temas agrupados conforme similaridade em 11 seminários a serem realizados na segunda etapa do GIASA.

A segunda etapa iniciou-se em setembro e finalizou em dezembro de 2007 totalizando 9 encontros e a participação de 25 pessoas. Desenvolveu-se mediante seminários baseados em dois componentes, palestra, consistindo em uma proposta de intervenção terapêutica teórica, voltada ao conhecimento dos temas definidos, seguido por um momento de discussão entre os envolvidos, caracterizando o grupo-focal; intervenção prática reformulada, com estratégias de assimilação dos temas, ampliação da concepção pessoal de sexualidade e demonstrações. A estratégia formulada inicialmente previa intervenção terapêutica prática voltada à utilização da dança e de seus recursos como expressão corporal, conscientização de movimento para a exploração da corporeidade e expressão motora, a ser desenvolvida em um segundo momento, devido ao objetivo de construir a proposta junto a pessoas com tempo relativamente longo de lesão e não recém-lesionados.

Diante de sua nova formatação, alguns instrumentos foram reestruturados, bem como a concepção da equipe interdisciplinar devido à dificuldade de adesão e comprometimento dos mesmos.

Neste grupo, foram propostos temas onde os pesquisadores e profissionais transmitiram o conhecimento científico e aplicaram propostas de intervenções, enquanto os participantes compartilharam o conhecimento prático e habilidades desenvolvidas, bem como avaliaram as intervenções propostas, conforme o tema sugerido para discussão, alcançando os objetivos de pesquisa-intervenção e de grupo focal, em decorrência ao desenvolvimento do tema a partir do ponto de vista dos envolvidos no processo, para obtenção de resolução eficaz para a problemática levantada pelo estudo.

Na avaliação da segunda etapa do grupo vários aspectos foram identificados e considerados na elaboração da proposta de reabilitação sexual. O número de participantes, o

caráter aberto e o teor teórico foram criticados e foram sugeridos desenvolvimento de adaptações, encontros com aplicações práticas voltadas ao cotidiano, produção de material impresso, assim como a inclusão dos parceiros, familiares e comunidade. Também foram feitos alertas, como o relacionado ao momento vivenciado pelo recém-lesionado, evidenciando a importância de se identificar o estágio de adaptação à deficiência em que a pessoa se encontra.

Comentaram sobre as expectativas prévias em relação à proposta, qualidades do grupo e como resultado perceberam que, embora haja limitações e prejuízos, a sexualidade adaptada integra a sexualidade humana, sendo a sexualidade humana modificada, expressa e vivenciada de formas alternativas, mas apresentando seus elementos comuns a qualquer pessoa.

Por fim, as informações colhidas durante as duas etapas do GIASA foram analisadas qualitativamente conforme análise de conteúdo, sendo identificadas duas grandes categorias temáticas: *Observações sobre a sexualidade adaptada e o processo de auto-adaptação*, sendo utilizadas nos Estudos 1 e 2, e *Observações sobre o delineamento do Grupo Interdisciplinar do Apoio à Sexualidade Adaptada*, utilizadas na elaboração do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Saúde Sexual – GSex, proposta elaborada à população em geral, especialmente voltada às pessoas com deficiência física e/ou doença crônica, sendo definidos a finalidade, metodologia de ação, fundamentação teórica, princípios do GSex, atuação da equipe interdisciplinar, função dos membros, delineamento das ações, processo de atendimento, temas e intervenções a serem desenvolvidas, bem como os indicadores para a reabilitação sexual.

6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

No decorrer da pesquisa deparou-se com uma série de limitações, algumas extrínsecas e outras intrínsecas ao estudo.

Uma das limitações referiu-se a uma das técnicas metodológicas utilizadas, o auto-relato ou avaliação da auto-percepção, na qual percepções foram avaliadas e as respostas, portanto, estiveram sujeitas às tendências e incertezas dos participantes. Os mesmos puderam, ainda, fornecer informações falsas, negar aspectos de sua sexualidade por considerar inaceitáveis, responder conforme considerava socialmente permitido ou, ainda, de acordo com a informação a qual acreditava que o entrevistador desejava obter.

O auto-relato ocorreu mediante aplicação do Questionário de Sexualidade Adaptada – QSexA nas formas de entrevista ou questionário, conforme opção do participante, ambas anônimas e, neste último caso, confidencial objetivando a adesão à pesquisa, procurando oferecer um ambiente seguro e uma atmosfera de confiança para que as limitações acima citadas fossem minimizadas ou até mesmo eliminadas. De acordo com Durant e Carey (2000), não há diferenças significativas entre as duas estratégias de coleta de dados em pesquisas sobre o comportamento sexual humano. O auto-relato também se fez presente nas entrevistas para obtenção da etnografia clínica, história de vida sexual e na Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada - ESexA.

Durante a pesquisa ocorreu a não aceitação em participar da mesma e a não devolução do questionário, bem como a não aceitação, desistência ou ausência de assiduidade de alguns participantes no GIASA, como também dos pesquisadores e profissionais da saúde resultando na diminuição do número de sujeitos pesquisados e no novo delineamento da proposta do grupo.

Por fim, houve dificuldades em relação ao questionário utilizado. O questionário desenvolvido pelo Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade - LAGESC já vinha sendo utilizado em pesquisas e, deste modo, foi empregado nesta dissertação. No entanto, no transcurso

de sua utilização, principalmente durante a análise dos dados, ou seja, após os dados já terem sido coletados e a coleta encerrada, foram identificadas limitações, as quais serão dispostas adiante, juntamente a sugestões para melhorá-lo, com a ressalva de que **são apenas opiniões ou sugestões da pesquisadora**. Baseado na exposição, a pesquisadora propõe uma versão do questionário contendo as alterações ou acréscimos apresentado no Anexo U, ressaltando que **estarão sujeitas à avaliação pelos pesquisadores do LAGESC**.

A primeira sugestão a ser dada, utilizada pela pesquisadora, é nomear o instrumento. O instrumento foi denominado pela pesquisadora para esta pesquisa como Questionário de Sexualidade Adaptada, por se tratar de um questionário, o qual mensura os diversos componentes da sexualidade humana, não enfocando um aspecto em particular, e por ser dirigido a uma população específica, pessoas com lesão medular, sendo suas questões formuladas conforme as dificuldades sexuais comumente apresentadas por esta população, nomeada pelos pesquisadores do laboratório como “sexualidade adaptada”.

Entre as sugestões encontra-se o acréscimo no cabeçalho ou no rodapé ou em ambos de referência à instituição de ensino, ao programa de mestrado e ao laboratório, possibilitando respaldo ao instrumento e à pesquisa, principalmente por se tratar de um assunto íntimo e delicado, fazendo-se importante que o participante verifique a origem do estudo, tal como apresentado nos demais questionários empregados nesta pesquisa.

A divisão do questionário em *antes da lesão medular* e *depois da lesão medular* também se mostrou limitada, sendo algumas questões comentadas adiante. Sugere-se reformulá-lo, de modo a reorganizar as questões em quatro blocos: características ou dados sociodemográficos; dados de saúde ou anamnese; atividade sexual ou sexualidade antes da lesão medular; e atividade sexual ou sexualidade após a lesão medular. Os comentários e sugestões que se seguem serão apresentados conforme os blocos sugeridos.

A questão relacionada à idade, poderia ser melhor controlada se acompanhada da data de nascimento.

O item relacionado à profissão, no bloco antes da lesão medular, limita sua resposta, sugerindo ser colocada no bloco denominado dados sociodemográficos, acrescida por outras questões que melhor controlem a variável atividade econômica, como, por exemplo, se o participante trabalha atualmente e se, no momento do estudo, está empregado ou desempregado,

bem como se trabalhava quando acometido pela lesão, favorecendo a comparação entre atividade econômica antes e após a lesão medular, uma vez que os aspectos socioeconômicos influenciam o papel de gênero masculino, resultando em conseqüências sobre a auto-estima e estima sexual, bem como favorecem a inserção social, a qual possibilita relações interpessoais.

Cabe acrescentar questionamento relacionado à aposentadoria, com possibilidade de resposta afirmativa ou negativa, como também o motivo da mesma, podendo ser por tempo de serviço, invalidez, auxílio-doença, acrescentando também item referente a auxílio da família.

Estes dois controles poderão fornecer informações concretas sobre os participantes, uma vez que foi verificado pelo estudo atual que alguns participantes que afirmaram receber aposentadoria também trabalhavam, geralmente como autônomos. Esta característica pode, por exemplo, diferenciá-lo de participantes que encontram-se aposentados e que não estão inseridos no mercado de trabalho.

Entre as dificuldades, verificou-se que o questionário avalia o ensino médio e superior utilizando os parâmetros completo e incompleto, enquanto avalia o ensino fundamental conforme a divisão anteriormente proposta (de 1ª a 4ª série e de 5ª a 8ª série). A pesquisadora reconhece que é uma forma muito utilizada e que se justifica pela situação em relação ao nível de instrução da população brasileira, contudo, durante análise estatística dos dados, não há como certificar se o participante o concluiu ou não, sendo, portanto, analisado de forma diferenciada.

Sugere-se a alteração de 1ª a 4ª série e de 5ª a 8ª série por ensino fundamental completo e ensino fundamental incompleto. Também poderia ser acrescida questão relacionada ao motivo que interrompeu os estudos, especificamente se foi devido à deficiência física.

Sugere-se a modificação da avaliação socioeconômica, neste estudo viabilizada mediante a questão relacionada ao número de itens de consumo que, embora reflitam alguns padrões sociais, é inadequada à realidade na Ilha de Florianópolis, onde nos deparamos com impossibilidades para a aquisição de certos itens independente das condições econômicas. Há bairros de médio e alto poder aquisitivo que, no momento da pesquisa, não possuíam acesso de internet ou TV a cabo, ou estes eram limitados. No caso do computador, nos deparamos com a população do estudo composta por pessoas de mais idade, que por vezes não possuem computador independente da condição econômica e pelo mesmo encontrar-se mais acessível financeiramente.

Em relação à cor da pele, sugere-se a identificação de indígena, diante de *parda*, oriental, diante de amarela, e o acréscimo da categoria *morena*.

Uma questão importante refere-se ao estado civil dos participantes. Sugere-se disponibilizá-lo no bloco sociodemográfico em duas questões: a primeira, relativo ao estado civil atual e a segunda, relativo ao estado civil anterior à lesão medular. Esta última acrescida de questionamentos relacionados (1) ao motivo da separação, caso ocorra após a lesão medular e (2) se independente do estado civil atual o participante está namorando ou tem companheira, uma vez que o fato de estarem civilmente solteiros, divorciados ou viúvos não os impede de construírem novas relações ou mesmo uniões normalmente rotuladas de “consensuais”, o que as difere das pessoas que se encontram na mesma situação civil, mas que não possuem parceiras sexuais. Provavelmente, há algumas décadas, o estado civil do indivíduo refletia realidades previsíveis, uma vez que os relacionamentos ou uniões consensuais teriam menos chances de ocorrer. Atualmente, proliferam modalidades de relacionamentos antes consideradas exceções (UNICAMP, 2008).

Para o estudo em questão, o fato de obter informações sobre o estado civil anterior e principalmente atual é tão importante quanto as informações referentes ao estabelecimento, ou não, de parcerias sexuais.

Para finalizar o bloco relacionado às características sociodemográficas, sugere-se acrescer questão referente à religião do participante, uma vez que é um dos fatores que influenciam o comportamento sexual das pessoas.

Por sua vez, as questões relacionadas à lesão medular seriam dispostas no bloco dados de saúde ou anamnese. Sugere-se que neste bloco conste o tempo de lesão medular, acompanhado da data da lesão, sendo acrescida questão referente à idade de incidência da lesão. Sugere-se, também, a ampliação do quesito referente ao nível neurológico, o qual conteria um anexo no instrumento, ilustrando-o, com uma questão referente ao cunho desta informação: se indicativo de nível neurológico (medular) ou esquelético (vertebral).

Uma grande limitação deste estudo referiu-se à não avaliação da magnitude da lesão, ou seja, se a lesão é completa ou incompleta, cabendo a sugestão de incorporar a este bloco o referido questionamento.

Sugere-se ainda o controle do uso de medicamentos e respectivos efeitos colaterais, realização de tratamentos, atual e pós-lesão, consumo de drogas lícitas ou ilícitas e prática de

atividade física ou desportiva. Salienta-se que uma das limitações deste estudo consistiu na provável impossibilidade de refletir a população em geral, por se tratar de uma amostragem escolhida, intencional, caracterizando o elevado número de para-atletas.

Entre as questões que abordam a sexualidade no questionário utilizado, a referente à vida sexual ativa antes da lesão não é esclarecedora quanto a se considera vida sexual como somente na presença de um parceiro ou também a atividade sexual solitária. O mesmo item após a lesão questiona somente se tem vida sexual "com alguém" e não solitária. Esta constituiu importante limitação, uma vez que restringiu a resposta para muitos participantes ao fato de ter intercurso sexual considerado somente se realizado junto à parceira, tanto que enquanto somente 44 participantes afirmaram ter vida sexual ativa após a lesão, 50 afirmaram ter freqüência sexual semanal neste mesmo período, bem como muitos que responderam não ter vida sexual ativa ou não ter-se iniciado sexualmente, afirmaram que realizam as atividades sexuais de beijo, abraço, estimulação manual, toques íntimos, embora não realizem penetração, ou masturbam a si próprios.

As respostas relacionadas à freqüência sexual variou entre 0 e 10 vezes por semana. Questionou-se se o participante que respondeu 10, o fez referente à semana, mês e, caso seja semanal, o que considera como atividade sexual. Ou seja, mais uma vez o constructo atividade sexual mensurado por este instrumento não foi suficientemente esclarecido para avaliar os participantes homogeneamente. Sugere-se a melhor definição do mesmo quando questionado, como também a ampliação das possibilidades de resposta à questão da freqüência sexual, até então somente semanal.

Outra limitação referiu-se à questão relacionada ao número de parceiros sexuais, estruturado em uma escala que impossibilitou a obtenção de um valor fidedigno e dificultou a realização de análises estatísticas mais elaboradas.

Também dificultou a realização de análises estatísticas complexas as questões relacionadas às atividades sexuais que o participante realiza(va), que gosta(va) que o parceiro realiza(sse), e que percebe(ia) que o parceiro gosta(va) de receber, como também as relacionadas ao prazer, todas dicotômicas, sugerindo-se maior variação nas possibilidades de resposta.

Sugere-se a modificação de alguns termos, tal como a substituição de estimulação manual por masturbação, e também a forma de questionar, como na pergunta 18 onde o participante é

questionado se gosta de receber sexo anal, quando a pergunta refere-se à prática ou preferência por sexo anal independente se pratica ou se prefere recebê-lo ou fazê-lo.

Houve ainda caso de participantes que responderam a respeito de realização de penetração não como intercurso pênis-vagina, mas como qualquer forma de penetrar a parceira, verificado na aplicação do instrumento na forma de entrevista. Este fato alerta para a possibilidade de haver diferença nas formas de aplicação do instrumento, como questionário ou entrevista, comparativamente entre questões, podendo ser devido à clareza do instrumento, machismo, respostas socialmente aceitas, intimidade e relação de confiança com entrevistador, entre outros.

Entre as sugestões, também há o acréscimo de regiões corporais no item referente ao prazer tais como costas, ombros, braços, axila, rosto, cabelo, virilha, bem como as opções de nuca juntamente à palavra pescoço, e lábios, juntamente a boca, e a retirada da palavra clitóris, por se tratar de uma questão que se refere às regiões “do seu corpo” e não do corpo da parceira.

Referente à questão do prazer advindo das regiões corporais, provavelmente o prazer relacionado ao pênis relatado por alguns participantes pode ter sido devido ao sentimento de masculinidade, uma vez que alguns não sentem prazer nos testículos, podendo não ser esta percepção relacionada diretamente à sensibilidade nesta região, mas ao prazer, ainda que subjetivo, advindo da manipulação do mesmo pela parceira.

Não pôde-se verificar, por exemplo, se o número de parceiros ou a freqüência sexual relacionou-se com o desejo do parceiro, como sugerido por Alexander *et al*. (1993), uma vez que os participantes não foram questionados a respeito da percepção a cerca do desejo sexual do parceiro ou outras variáveis. Portanto, sugere-se o acréscimo das questões sobre desejo, satisfação e resposta sexual voltadas à percepção do participante quanto ao parceiro sexual.

Durante a aplicação do questionário e tabulação dos dados obtidos observou-se que os participantes, em geral, ao avaliar os aspectos sexuais questionados baseavam-se somente no momento de aplicação do estudo, não considerando o período pós-lesão como um todo, o que poderia explicar a freqüência baixa de níveis significativos nas questões em geral e elevada na presença da questão referente à atividade sexual atual.

Sugere-se também o acréscimo de algumas questões e a organização do questionário em tópicos conforme os distintos componentes sexuais, como pode ser verificado no Questionário de Sexualidade Adaptada reformulado apresentado no Anexo U.

As limitações apresentadas pelo questionário, bem como as sugestões feitas salientam a necessidade de passar pelos diferentes processos de validação, tal como clareza, constructo e conteúdo, bem como ter testada sua confiabilidade e fidedignidade.

Por fim, a falta de tempo hábil gerada pelo atraso na implantação da proposta de reabilitação sexual e, portanto, na aquisição das informações qualitativas, impossibilitou a análise qualiquantitativa do primeiro estudo, ao menos como inicialmente planejada, onde pretendia-se corroborar ou contrapor os resultados quantitativos obtidos por meio dos discursos dos participantes, adquiridos mediante os segundo e terceiro estudos, análise mais elaborada, portanto mais trabalhosa, tal como a realizada no Estudo 2. Assim como no segundo estudo não seria para constar as informações referentes à função sexual, pois seriam utilizadas para embasar o primeiro estudo.

Referente ao segundo estudo, a proposta inicial para o mesmo, caracteristicamente qualitativo, era de que o número de participantes fosse definido conforme amostragem por saturação, com representatividade qualitativa, sendo concluída quando, posterior à coleta e análises prévias das informações, o conteúdo das mesmas passasse a se repetir, definindo desta forma o número de participantes (TURATO, 2003). Contudo, diante do tempo hábil e da dificuldade em realizar este tipo de pesquisa, a amostragem foi definida principalmente considerando o tempo restante, ainda que outros participantes pudessem contribuir com histórias e opiniões diferentes das obtidas, não havendo desta forma a saturação, ou seja, o assunto não foi suficientemente explorado a ponto de ser esgotado.

Por fim, em relação ao terceiro estudo, verificou-se a dificuldade de se trabalhar em equipe, principalmente quando se cogita a interdisciplinaridade, podendo ser um dos fatores responsáveis o caráter voluntário que a pesquisa possui. Contudo, também foi verificada a necessidade de auto-afirmação e imposição de espaço que circundam os docentes e discentes em meio ao ambiente acadêmico, fatores muitas vezes colocados acima aos objetivos principais que configuram a Universidade, os quais deveriam ser a pesquisa, extensão e ensino, prejudicando desta forma as relações interpessoais e a produção acadêmico-científica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito difícil falar da diferença quando ela já não é mais percebida. Nestes dois anos de estudos e, principalmente, de convivência com os homens acometidos por lesão medular e suas companheiras, foi perceptível que, acima de tudo, continuaram sendo homens, já que sua natureza humana e masculina não se alterou em decorrência da lesão medular.

A presença de uma deficiência não destitui a pessoa de sua natureza humana, comum a todos, embora o que se verifique em nossa sociedade seja a existência de distinção, produto da categorização que impregna nossos pensamentos e que nos classifica como homens, mulheres, crianças, idosos e deficientes. Como se posteriormente ao acometimento pela deficiência, se destituíssem de sua natureza como pessoa e assumissem a de deficiente, a qual independe de sexo, idade, classe ou outra categorização.

Como pessoas, esses homens continuam sendo seres sexuais, os quais desejam o outro, bem como despertam o desejo alheio; sentem-se excitados, como também estimulam a excitação do parceiro; se envolvem afetiva e/ou sexualmente; sentem prazer; se satisfazem e ao parceiro com o sexo; pedem a mão de suas parceiras e se casam, embora às vezes se surpreendam com o pedido feito por elas.

Há alguns que geram descendentes, há outros que adotam, dando oportunidade a crianças por vezes deficientes como eles a ter um lar, criando e educando como os outros pais o fazem, ou, ainda que não tenham se desvencilhado das amarras do preconceito social, familiar e mesmo pessoal, ainda assim continuam sendo dotados de afetividade e sexualidade, tal como antes da lesão ou como qualquer outra pessoa.

Reconhece-se, no entanto, que haja alterações decorrentes da lesão, inclusive moldando a personalidade de alguns como resultado do evento traumático, embora sua natureza permaneça, ocorrendo o mesmo com a esfera sexual de suas vidas. Portanto, a sexualidade permanece, ainda

que alguns comportamentos, atitudes e funções se modifiquem em conseqüência a esse incidente, quer seja pelas limitações, quer seja pelos aspectos que o permeiam, como a dependência ou as barreiras sociais.

Limitações... Os seres humanos, em vista de outros animais, poderiam ser considerados deficientes ao apresentarem uma série de limitações físicas. No entanto, o que o torna diferente, as capacidades cognitivas e tudo o que a elas está atrelado, o faz desenvolver adaptações para suas limitações em vista dos problemas com que se deparam e, desta forma, os limites corporais do homem são superados pelas extensões criadas pela cultura humana, a natureza que, segundo Freire (1991), o homem construiu diante de sua fragilidade.

Somos os seres vivos que por mais tempo dependem do outro para sobreviver e assim construímos nossa relação social, a mesma que não nos permite ser totalmente independentes, mas capazes de fazermos o que é indispensável para mantermo-nos sem que alguém necessariamente nos ajude, ou inteiramente autônomos, embora aptos a fazer escolhas e controlar nossa vida pessoal, pois somos animais sociais interdependentes. Não obstante, a cultura que construímos é a mesma que gera muitas das deficiências.

Portanto, a questão não reside nas adaptações utilizadas, uma vez que a espécie humana somente sobreviveu e evoluiu diante de sua capacidade de adaptação, mas na concepção preconcebida em relação a elas, ou seja, ao valor que lhes atribuímos.

Findos os estudos, foi possível perceber que embora a deficiência, suas limitações e adaptações resultem em diferentes níveis de dificuldade, seja no âmbito físico, psicoemocional ou sociocultural, a primeira grande barreira reside na concepção pessoal como ser sexual, por vezes transitória, e a segunda, na concepção social, muitas vezes inflexível. Entretanto, ao contrário do que as pessoas postulam, os homens lesionados são seres sexualizados.

Com o desenvolvimento do primeiro estudo verificaram-se diferenças no desempenho e em outros componentes sexuais, em muitos casos se equiparando às disfunções presentes entre as pessoas da população em geral, ou seja, as situações se assemelham, embora a origem do problema difira entre os grupos. A exemplo, vivenciam momentos de abdicação sexual, como algumas pessoas também o fazem em alguns períodos de suas vidas.

No estudo *“Sexualidade Adaptada do Homem com Lesão Medular”* pode-se constatar que a sexualidade humana e seus componentes constituintes sofrem impacto decorrente da lesão

medular, confirmando a hipótese inicial desta pesquisa. Observaram-se alterações no comportamento sexual, demonstrado pela idade de iniciação sexual, atividade sexual pós-lesão medular, freqüência sexual, número de parceiros sexuais e prática de sexo anal; na orientação para as atividades sexuais de abraço, penetração vaginal, utilização de vibrador e outras atividades não especificadas pelos participantes; na função sexual, constituída pelo desejo sexual e pelas respostas sexuais de excitação e orgasmo, principalmente logo após a lesão medular, embora o nível da lesão não tenha exercido influência; no prazer sexual advindos da boca, pescoço, pênis, coxas e pernas; e na satisfação sexual, o qual é considerado o principal indicador para a reabilitação sexual, uma vez que refere-se ao sentimento de (des)aprovação em relação à vida sexual.

Por meio deste primeiro estudo também pôde-se verificar os possíveis indicadores para a reabilitação sexual, bem como os aspectos relevantes, os quais merecem atenção por parte dos profissionais que assistem a essas pessoas, configurando a satisfação sexual como o mais importante indicador, pois ainda que a pessoa não tenha atividade sexual, mais relevante do que a falta de atividade é a satisfação com a sexualidade, ainda que diante da inatividade, enquanto a insatisfação, independente do que as estatísticas alertam como índices comumente encontrado entre a população geral, sobre ela deve incidir um olhar atento.

Mesmo que os resultados, principalmente relacionados ao período anterior à lesão sejam otimizados, e aqui cabe um adentro sobre a edição da revista Veja (2008), a qual estampou em sua capa o tema *Sexo: as mentiras que todo mundo conta – não se preocupe se você não faz tanto quanto os outros dizem que fazem*, onde os especialistas sugerem que as pessoas têm grande resistência a dizer a verdade quando o assunto é sexo. Ainda assim, o relevante foi observar que retrataram a diferença entre os períodos, ou seja, por trás das diferenças, embora possa haver saudosismo ou valorização do anterior, possivelmente buscaram retratar os prejuízos oriundos da lesão medular.

O segundo estudo possibilitou a compreensão da realidade vivenciada e dos fatores que predizem a adaptação à sexualidade. No estudo “Auto-adaptação por Homens com Lesão Medular” verificou-se que apenas um em cada 8 homens lesionados se adaptaram à sexualidade modificada pela lesão medular. Este processo independe do nível da lesão medular, idade, aconselhamento sexual ou atividade sexual, embora seja influenciado pelo tempo de lesão medular, idade de incidência traumática e estado civil do participante.

Este estudo apontou para a importância clínica em se avaliar a função sexual dos homens lesionados e faz ressalva sobre o uso de agentes facilitadores. Alertou para a qualidade do aconselhamento sexual e a natureza das informações concedidas. Por meio do mesmo observou-se características do processo de auto-adaptação: tempo; valorização das capacidades sexuais remanescentes; ampliação da concepção pessoal de sexualidade; prioridade; falta de informações; dificuldades relacionadas à auto-estima, estima sexual, imagem sexual, úlceras de decúbito, disfunções vesical e intestinal, espasticidade e falta de mobilidade; experiência sexual prévia (influências positivas x comparações); vivência sexual; experiência sexual pós-lesão; neuroplasticidade; distintos níveis de disfunção sexual; despreparo e racionalização da atividade sexual. Componentes que identificados forneceram informações sobre este processo utilizadas na proposta formulada para favorecer a qualidade de vida e saúde sexuais após a incidência de lesão medular.

O terceiro estudo propiciou contato com as expectativas e anseios de homens lesionados, seus companheiros e familiares, bem como profissionais da área da saúde, onde verificou-se o valor de cada profissional como membro da equipe de reabilitação sexual contribuindo com seu olhar único, como também as condutas e papéis de cada membro. Emergiu a necessidade de grupos fechados, propiciando a intimidade entre os membros e coesão do grupo. Evidenciou-se o valor de se desenvolver intervenções práticas, sendo possivelmente as teóricas o motivo pelo qual os aconselhamentos não têm sido efetivos. Delimitaram-se as condutas dos mediadores, principalmente em incentivar os participantes que pouco se envolvem. Demonstrou-se a relevância de preparar previamente, estabelecer vínculo terapêutico, documentar e, especialmente, formar os profissionais, não apenas teoricamente, mas preparando-os para abordar o tema com um paciente, casal ou grupo.

As diferenças obtidas entre os períodos pré e pós-lesão medular no primeiro estudo justificam a assistência profissional voltada ao âmbito sexual no processo de reabilitação global do homem com lesão medular, fornece os indicadores para o encaminhamento do paciente a este serviço especializado, bem como para o enfoque da atenção personalizada. Já as diferenças obtidas entre os grupos retratadas no segundo estudos e as correlações encontradas nos dois primeiros estudos são úteis para o embasamento e desenvolvimento da proposta de reabilitação

sexual ao fornecer parâmetros a serem trabalhados para a obtenção dos objetivos propostos, sejam eles da reabilitação sexual como um todo, como também de cada paciente em particular.

Em síntese, os resultados obtidos por esta pesquisa fornecem respaldo aos profissionais que almejam inserir no plano de tratamento de seus pacientes a assistência voltada à sexualidade humana, como também provê suporte à formação profissional.

Entretanto, permanece o alerta: não basta aos profissionais da saúde a conscientização de que seus pacientes acometidos por lesão medular são pessoas sexualizadas. Devem, antes de tudo, se conscientizar de que são PESSOAS, pois esta simples concepção engloba todos os demais âmbitos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. H. N. **Descobrimento sexual do brasileiro: para curiosos e estudiosos.** São Paulo: Summus, 2004. 143p.

ABDO, C. H. N. Resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 52, n. 6, 2006. p: 424-429.

ALETKEY, P. J. Sexuality of the nursing home resident. **Topics of Clinical Nursing.** v. 1, p. 53-60, 1980.

ALEXANDER, C. J.; SIPSKI, M. L.; FINDLEY, Thomas W. Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. **Archives of Sexual Behavior.** v. 22, n. 3, p. 217-228, 1993.

ALVES, A. S.; GUEDES, M. H. D.; ALVES, V. L. R. Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. **Acta Fisiátrica.** São Paulo, v. 6, n. 1, p. 6-9, Abril 1999.

ARNAU, A. S. Otros transtornos (I). Insatisfacción sexual. In.: CASTELO-BRANCO, C. **Sexualidad humana: una aproximación integral.** Buenos Aires; Madrid: Editora Médica Panamericana, 2005.

ASIA. American Spinal Cord Injury Association. **Spinal Cord Injury Levels & Classification.** Disponível em: <http://www.asia-spinal injury. org >. Acesso em: 26 mai. 2006.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** Florianópolis: UFSC, 2002. 340p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS FILHO, T. E. P. Avaliação Padronizada nos traumatismos raquimedulares. **Revista Brasileira de Ortopedia.** v. 29, n. 3, p. 99-106, Março 1994.

BARROS FILHO, T. E. P. *et al.* **O protocolo das células-tronco: emprego de células profenitoras no tratamento agudo da lesão medular em humanos.** Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br>. Acesso em: 19 nov. 2006.

BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento.** 3ª ed. Tradução de Rosane Amador Pereira. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1984. 400p.

BENEVENTO, B. T.; SIPSKI, M. L. Neurogenic bladder, neurogenic bowel, and sexual dysfunction in people with spinal cord injury. **Physical Therapy.** V. 82, n. 6, June 2002. p: 601-612.

BRANNON, L. **Gender: Psychological Perspective.** 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon, 1999. 528p.

BRECHER, R; BRECHER, E. **Analisis a "Respuesta Sexual Humana".** Tradução de: Margarita Garcia. México: Editorial Grijalbo, 1969. 352p.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista em Tese**. v.2, n. 1, p.68-80, Janeiro/Julho 2005.

BOOTH, S. *et al.* Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: a needs assessment. **Sexuality and Disability.** v. 21, n. 4, p. 249-261, 2003.

BORS, E.; COMARR, A. E. Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. **Urology Survey.** n. 110, p.191-221, 1960.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade.** Tradução de: Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 170 p.

CARDOSO, F. L. **O que é orientação sexual**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1996. 74p.

CARDOSO, F. L. *et al.* **Sexualidade após a lesão medular: o que mudou?** Brasília, CNPq. 2006.

CARDOSO, F. L. *et al.* **Capacidade de adaptação e estima sexual de deficientes físicos.** Brasília, CNPq. 2006.

CARDOSO, F.; SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K. Self-Awareness of the Male Sexual Response after Spinal Cord Injury. **International Journal of Rehabilitation Research.** 2008 (no prelo).

CARDOSO, J. Sexualidade na doença crônica e na deficiência física. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** v. 20, 2004. p. 385-394.

CARDOSO, J. **Sexualidade masculina pós-lesão vértebro-medular.** [tese de doutorado] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2003.

CASALIS, M. E. Lesão Medular. In: TEIXEIRA, E; *et al.* **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física.** São Paulo: Roca, 2003. 592p.

CHEAUSUWANTAVEE, T. Sexual problems and attitudes toward the sexuality of persons with and without disabilities in Thailand. **Sexuality and Disability.** v. 20, n. 2, Summer 2002. p: 125-134.

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. 325p.

CNPq. **Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil.** Disponível em: <http://www.lattes.cnpq.br>. Acesso em: 03 fev. 2008.

COLE, T. M.; COLE, S. S. Reabilitação de Problemas da Sexualidade nas Incapacidades Físicas. Capítulo 47. In: KOTTKE, F. J; LEHMANN, J. F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. 4. ed, v. 2, São Paulo: Manole, 1994. Cap. 47, p.979-996.

COHN, E. S. Comunicação interdisciplinar e supervisão de pessoal. In: NEISTADT, Maureen; CREPEAU, Elizabeth (col.). **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CONDÉ, G. Prática e satisfação sexuais pré e pós-lesão medular. [Graduação em Fisioterapia] 2006. 60 p. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CROOKS, R.; BAUR, K. **Nuestra sexualidad**. Buenos Aires: Thomson Editores, 2003. 706p.
CORDE. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens.** Disponível em: <http:// www.mj.gov.br>. Acesso em: 07 fev. 2007.

COSTA, C. A. *et al.* Úlceras de pressão. In: GREVE, Júlia M.; CASALIS, Maria E.; BARROS FILHO, Tarcísio E. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal.** São Paulo: Roca, 2001. Cap. 6, p.: 329-365.

COSTAS, R. As melhores cidades para solteiros. **Revista Veja**. São Paulo, 3 ago 2005. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/030805/p_112.html>. Acesso em: 13 fev. 2008.

COURTOIS, F. J. *et al.* Sexual Rehabilitation for Men with spinal cord injury: preliminary report on a behavioral strategy**. Sexuality and Disability.** v. 19, n 2. Summer, 2001.

CREPEAU, E. Análise de atividades: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Tradução de Maria de Fátima Linhares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Unidade V. p: 121-133.

CUNHA, F. M.; MENEZES, C. M.; GUIMARÃES, Eduardo P. Lesões Traumáticas da coluna torácica e lombar. **Revista Brasileira de Ortopedia.** v. 35, n. 1/2, p. 17-22. Janeiro/Fevereiro, 2000.

DAVIS, S.; TAYLOR, B. **From PLISSIT to Ex-PLISSIT.** In: Davis S. Rehabilitation: The use of theories and models in practice. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2006. p.:101-129.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia.** Porto Alegre: Artmed, 2006. 608p.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Básica dos Sistemas Orgânicos.** São Paulo: Atheneu, 1998. 494p.

DeFORGE, D. *et al.* 2004. **Sexuality and reproductive health following spinal cord injury.** Disponível em: <httm://www.ahrq.gov>. Acesso em: 17 out. 2007.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: texto revisado.** 4ª ed. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

DUCHARME, S. *et al.* Função Sexual: aspectos clínicos e psicológicos. In: DELISA, Joel A. **Medicina de Reabilitação: princípios e práticas.** São Paulo: Manole, 1992.
DULL, H. Watsu. In: RUOTI, R. G.; *et al.* **Reabilitação aquática.** São Paulo: Manole, 2000. Cap. 17, p: 367-388

DURANT, L. E.; CAREY, M. P. Self-administered questionnaires versus face-to-face interviews in assessing sexual behavior in young women. **Archives of Sexual Behavior.** v. 29, n. 4, p.309-322, 2000.

EDWARD, W. M.; COLEMAN, E. Defining Sexual Health: a descriptive overview. **Archives of Sexual Behavior.** v. 33, n. 3, June 2004, p. 189-195.

ESMAIL, S.; ESMAIL, Y.; MUNRO, B. Sexuality and disability: the role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. **Sexuality and Disability.** v. 19, n.4, 2002. p.267-282.

FISHER, T. L.; *et al.* Sexual Health after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** v. 83, p. 1043-1051, 2002.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** 16ª ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1998. 152p.

FURTADO, I. C. Paraplegia: exclusão sexual? **A Capital.** Florianópolis,1997.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa.** v. 31, n.3, 2005.

FREDA, M. Tratamento das atividades de vida diária: sexualidade e incapacidade. In: NEISTADT, M.; CREPEAU, E. B. **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 19, seção 2, p: 338-342.

FRONEK, P.; *et al.* The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. **Sexuality and Disability.** v. 23, n. 2, 2005. p. 51-63.

FÜLL-RIEDE, C.; HAUSMANN, R.; SCHNEIDER, W. **Reabilitação Sexual do Deficiente.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 90p.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1999. 207p.

GITTLER, M.; *et al.* Spinal Cord Injury Medicine. 3. Rehabilitation Outcomes. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation.** v. 83, suppl 1, mar 2002. p. S65-S71.

GULDIN, A. Self-claiming sexuality: mobility impaired people and american culture. **Sexuality and Disability.** v. 18, n. 4, 2000. p:233-238.

GREVE, J. M.; CASALIS, M. E.; BARROS FILHO, T. E. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal.** São Paulo: Roca, 2001. 400p.

HITE, S. **O relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina.** Rio de Janeiro: Difel, 1978. 488p.

HULTLING, C.; *et al.* Quality of life in patients with spinal cord injury receiving VIAGRA (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. **Spinal Cord.** v. 38, 2000. p.: 363-370.

HYDE, J. S.; DELAMATER, J. D. **Sexualidad humana.** México: McGraw-Hill Interamericana, 2006. 670p.

IASP. Instituto Andaluz de Sexologia y Psicologia. **Intervención sobre la sexualidad en las minusvalías físicas.** Disponível em: <http://minusval2000.com>. Acesso em: 18 nov. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000.** Disponível em: <http://www.ibge.gob.br/home/>. Acesso em: 15 fev. 2008.

IDE, M.; FUGL-MEYER A. R. Life satisfaction in persons with spinal cord injury: a comparative investigation between Sweden and Japan. **Spinal Cord.** V. 39, 2001. p: 387-393.

INSTITUTO PAULISTA DE PESQUISA DE MERCADO. **Pesquisa acerca dos hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros.** São Paulo: Editora Cultrix, 1983. 175p.

ISHIBASHI, R. A. S.; OLIVIERI, F. L. D.; COSTA, V. S. P. Perfil da função sexual em homens com lesão medular incompleta. **Unopar Científica, Ciências Biológicas e da Saúde.** Londrina, v. 7, n. 1, Outubro 2005. p:65-68.

JACOBSON, D. S. The sexuality and disability unit: applications for group training. **Sexuality and Disability.** v. 18, n.3, 2000. p.175-177.

JORGE, R. C. **Relação Terapeuta-Paciente: notas introdutórias.** Minas Gerais: Imprensa Universitária, 1985. 75p.

KAPLAN, E. S. **A Nova Terapia do Sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais.** Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. 494p.

KEDDE, H.; BERLO, W. V. Sexual satisfaction and sexual self images of people with physical disabilities in the Netherlands. **Sexuality and Disability.** 2006. p: 53-68.

KENDALL, M.; *et al.* The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. **Sexuality and Disability.** v. 21, n. 1, p. 49 – 64. Spring, 2001.

KENDALL, M.; *et al.* The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. **Sexuality and Disability.** v. 21, n. 1, Spring 2003. p: 49-64.

KINGSLEY, R. E. **Manual de Neurociência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 496p.

KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C. **Sexual behavior in the human male.** Philadelphia: Saunders Company, 1948. 804 p.

KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C.; GEBHARD, P. **Sexual behavior in the human female.** Philadelphia: Saunders Company, 1953. 842 p.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLOS Medicine.** v. 03, n. 10, October, 2006. p: 1673-1676.

KREUTER, M.; SULLIVAN, M.; SIÖSTEEN, A. Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. **Archives of Physical Medicine & Rehabilitation.** v. 77, 1996, p:541-548.

KUSNETZOFF, J. C. **Sexualidad y Educación Sexual – Módulo 1.** Apostila (Especialización en Sexualidad y Educación Sexual) – Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315 p.

LANGFELDT, T.; PORTER, M. **Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings.** Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 1986. 62p. Disponível em: <www.who.int> Acesso em: 25 fev. 2006.

LAUMANN, E. O.; *et al.* **The social organization of sexuality: sexual practices in the United States.** Chicago: The University of Chicago Press, 1999.

LE MONE, P.; WEBER, J. Validating gender-specific defining characteristics of altered sexuality. **Nursing Diagnosis.** v. 6, n. 2, 1995. p: 64-69.

LEIBOWITZ, R.Q. Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: what do women want? **Sexuality and Disability.** v. 23, n. 2, 2005. p: 81-107.

LENT, R. **Cem Bilhões de Neurônios.** São Paulo: Atheneu, 2004.

LEVINE, S. B. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. **Archives of Sexual Behavior.** v. 32, n. 3, June 2003. p:279-285.

LIANZA, S.; *et al.* A lesão medular. In: LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1995. Cap. 21, p.: 304-326.

LUFT, C. P. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Scipione, 1984. 600p.

MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia Funcional.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1991. 380p.

MAIOR, I. M. M. L. **Reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico.** Rio de Janeiro: Revinter, 1988. 125p.

MAIOR, I. M. M. L. Disfunção Sexual. In: GREVE, J. M.; CASALIS, M. E.; BARROS FILHO, T. E. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal.** São Paulo: Roca, 2001. p: 295-303.

MANCUSI e FARO, A. C. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. **Revista Electrônica Semestral de Enfermeria.** n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/3/03b07p.html>. Acesso em: 16 fev. 2006.

MARTINS, C. P.; MENDES, A. K.; CARSOSO, F. L. Capacidade de adaptação e estima sexual em deficientes físicos. Brasília, CNPq. 2007.
MASTERS, W. H. e JONHSON, V. E. **Human Sexual Response.** Boston: Little, Brown and Company, 1966. 366 p.

McCABE, M. P. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. **Sexuality and Disability.** v. 17, n. 2, 1999. p: 157-170.

McCABE, M. P.; TALEPOROS, G. Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. **Archives of Sexual Behavior.** v. 32, n. 4, p. 359-369. August 2003.

MENDES, A. K. **Prática, Orientação e Satisfação Sexuais em Homens e Mulheres Pré e Pós Lesão Medular.** 2005, 103 p. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MENDES, A. K; CARDOSO, F. L.; SAVALL, A. C. R. Sexual satisfaction in people with spinal cord injury. **Sexuality and Disability.** v. 26, 2007. p:66-77.

MICHAEL, R. T.; *et al.* **Sex in America: a definitive survey.** Boston: Little, Brown and Company, 1994.

MILLIGAN, M. S.; NEUFELDT, A. H. The myth of asexuality: a survey of social and empirical evidence. **Sexuality and Disability.** v.19, n. 2, Summer, 2001. p: 91-109.

MONEY, J. **Love maps: Clinical concepts of sexual\erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity.** New York: Irvington Publishers, 1986.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia Reflexão e Crítica.** v.17, n.3, 2004, p.447-456.

MORIN, A. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 229p.

MOTT, L. **Teoria antropológica e sexualidade humana.** Disponível em: <www.antropologia.ufba.br>. Acesso em: 09 jun. 2006.

MURARO, R.M. **Sexualidade da mulher brasileira: Corpo e classe social no Brasil.** Petrópolis: Vozes; 1983.

NEISTADT, M. E. Introdução à avaliação e entrevista. Seção 1: revisão da avaliação. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Tradução de Maria de Fátima Linhares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap 13. p:137-140.

NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Tradução de Maria de Fátima Linhares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 492 p.

NCSISC. The Nacional SCI Statistical Center. **Lesión de la medula espinal: datos y cifras a la vista.** Jun. 2006. Disponível em: <http://www.spinalcord.uba.edu>. Acesso em: 18 nov. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Health Conference.** New York, 19 Jun. - 22 Jul. 1946, signed on 22 Jul. 1946 by the representatives of 61 States. Nova York:Official Records of the World Health Organization, n. 2, p. 100, 1946. Disponível em:<http:// http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>. Acesso em: 03 set., 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Defining Sexual Health:Report of a technical consultation on sexual health.** Geneva, 28–31 Jan. 2002. Disponível em: <http:// http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf>. Acesso em: <03 set. 2007>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Carta de Ottawa.** Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov 1986. Disponível em: <http:// www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: <03 set. 2007>.

PACKARD, V. **A Revolução Sexual.** São Paulo: Ed. Record, 1968. 487 p.

PALMER, M. L.; TOMS, J. E. **Treinamento funcional dos deficientes físicos.** Tradução de Lilia Bretennitz Ribeiro e Dilza Zoéga Coelho. São Paulo: Manole, 1988. 165p.

PHELPS, J.; *et al.* Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: activities, function, needs, and predictors of sexual adjustment. **Archives of Sexual Behavior.** v. 30, n 6. December 2002. p: 591-602.

POTGIETER, C. A.; KHAN, G. Sexual self-esteem and body image of south african spinal cord injured adolescents. **Sexuality and Disability.** v. 23, n. 1, Spring 2005. p: 1-20.

PULASKI, K. Disfunção Neurológica no Adulto. In: NEISTADT, M. e CREPEAU, E. **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 36, p: 616-635.

RAMACHANDRAN, V. S.; BLAKESLEE, S. **Fantasmas no cérebro.** Tradução de Antônio Machado. Rio de Janeiro: Record, 2004. 417p.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RICHARDS, E., *et al.* Women with complete spinal cord injury: a phenomenological study of sexuality and relationship experiences. **Sexuality and Disability.** v. 15, n. 4, p.271-283, 1997.

RICHARDSON, R. J.; *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas. 1999.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psicologia: teoria e pesquisa. v. 18, n. 1, JanAbr, 2002. p: 95-106.

RODRIGUEZ, M. K. *et al.* Aplicación de un programa de educación sexual a pacientes con lesión medular en el Centro Internacional de Salud “La Madrera”. **EFDeportes Revista Digital.** Buenos Aires, ano 11, n. 99, 2006.

ROXO, M. R. **Doença de Huntington: conceituação e novas perspectivas**. Trabalho do acadêmico do 5° semestre do curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul. Novembro 2005. Disponível em: <http://www.medstudents.com.br/content/resumos/resumo_medstudents_20060109_06.doc >. Acesso em: 12 nov. 2006.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica.** Ed. Vozes. Petrópolis, 1986. 128p.

SAKELLARIOU, D. If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. **Sexuality and Disability.** v. 24, 2006. p: 101-111.

SALIMENE, A. C. M. **Sexo: caminho para a reabilitação – um estudo sobre a manifestação da sexualidade em homens paraplégicos.** São Paulo: Cortez, 1995. 143p.

SANCHES; *et al.* **A psicomotricidade na educação infantil – uma prática preventiva**. 2003.

SARAH. Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Lesão Medular.** Disponível em: <http://www.sarah.br>. Acesso em: 18 nov. 2007.

SARAH. Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Principais causas de lesão medular traumática.** 2008. Disponível em <http://www.sarah.br>. Acesso em: 06 mar. 2008.

SAVALL, A. C. R. **Projeto “BRINCAN-TO”: intervenção da Terapia Ocupacional em Hospital Pediátrico.** 2004, 81p. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Faculdade de Terapia Ocupacional, Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2004.

SCHNEIDER, J. W.; GABRIEL, K. L. Lesão Medular Congênita. In: UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica.** 2ª ed. São Paulo: Manole, 1994a. 876p.

SCHNEIDER, J. W. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica.** 2ª ed. São Paulo: Manole, 1994b. 876p.

SCHWARTZBERG, S. L. Processo de grupo. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.). **Terapia Ocupacional de Willard & Spackman.** Tradução de Maria de Fátima Linhares. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap 11. p:107-117.

SICORDI. **Dados do Censo 2000 sobre deficiências no Brasil.** Disponível em: <http:// www.mj.gov.br>. Acesso em: 07 fev. 2007.

SENSIS. **Sexuelle Betreuung.** Alemanha. Disponível em: <http:// http://www.sensis-wiesbaden.de> Acesso em: 20 dez. 2007.

SILVA, F. B. **Influência dos mecanismos da plasticidade neural na sexualidade de indivíduo acometido por lesão raquimedular – estudo de caso.** 2006, 74 p. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. J.; ROSEN, R. C. Orgasm in women with spinal cord injury: a laboratory-based assessment. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation.** v. 76, December, 1995. p. 1097-1102.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. Sexual activities, Response and Satisfaction in Women Pre- and Post-Spinal Cord Injury. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation.** v.74, October, 1993, p.1025-1029.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. Sexualidade e Incapacidade Física In: DELISA, J. **Tratado de Medicina de Reabilitação – Princípios e Prática.** 3ªed. Manole, v.2, 2002. Cap.45. p: 1165-1187.

SIPSKI, M. L. **Sexuality and Spinal Cord Injury**: Where we are and where we are going. Disponível em: <http://www.ed.gov/pubs/AmericanRehab/spring97/sp9707.html>. Acesso em: 15 out. 2004.

SNELL, W. E. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In: DAVIS, Clive M. et al. **Handbook of sexuality-related measures.** California, Sage Publications, p. 521-524. 1998.

SOARES, M. B. P.; SANTOS, R. R. Terapia com células-tronco: a medicina do futuro. Disponível em <http://www.ctnbio.gov.br/ctnbio/bio/publi/15MilenaSoareseRicardoSantos.pdf>. Acesso em 17 nov. 2006.

SPSS. **Help**. SPSS 13.0 for Windows Evaluation Version. 2008.

SUAID, H. J.; *et al.* Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. **Acta Cirúrgica Brasileira.** v. 17 (Suplemento 3), p.41-43. 2002.

SUMSION, T. **Prática baseada no cliente na Terapia Ocupacional: guia para implementação.** Tradução de Vagner Raso. São Paulo: Roca, 2003. 224p.

TALEPOROS, G.; McCABE, M. P. Physical Disability and Sexual Esteem. **Sexuality and Disability,** v.19, n. 2, Summer 2001. p. 131-148.

TALEPOROS, G.; McCABE, M. P. The Impact of Sexual Esteem, Body Esteem, and Sexual Satisfaction on Psychological Well-being in People with Physical Disability. **Sexuality and Disability.** v. 20, n. 3. Fall, 2002. p. 293-308.

TARICCO, M. Etiologia das lesões medulares. In: GREVE, J.; CASALIS, M.; e BARROS FILHO, T. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal.** São Paulo: Roca, 2001.

TAYLOR, B.; DAVIS, S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. **Sexuality and Disability.** v. 25, 2007. p. 135-139.

TEPPER, M. S. Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: current trends and recommendations. **Sexuality and Disability.** v. 10, p. 15-31, 1992.

TEPPER, M. S. Providing comprehensive sexual health care in spinal cord injury rehabilitation: implementation and evaluation of a new curriculum for health care professionals. **Sexuality and Disability.** v. 15, n. 3, p. 131-165, 1997.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 14ª ed. aum. São Paulo: Cortez, 2005. 132p.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física.** 3ª ed. Tradução de Ricardo Petersen. Porto Alegre: Artmed, 2002. 419p.

TROMBLY, C. A. Lesão do Cordão Espinhal. In: TROMBLY, C. **Terapia Ocupacional para a disfunção física.** São Paulo: Santos, 1989. 513p.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 685 p.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia neurological.** São Paulo: Manole, 1994. 876p.

VALTONEN, K.; *et al.* Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. **Disability and Rehabilitation.** V. 28, n. 16, August 2006. p: 965-976.

VIEIRA, L. H. C. N. Articulando Gênero, Sexualidade e Subjetividade. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, v. 15, n. 21, p. 71-90, 1997.

WAS. World Association for Sexology. **Declaração dos Direitos Sexuais.** XV Congresso Mundial de Sexologia, Hong Kong, 1999. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/direitossexuais.html>. Acesso em: 04 abr, 2006.

WHITE, M. J.; *et al.* Sexual activities, concerns and interests of men with spinal cord injury. **American Journal of Physical Medicine Rehability.** v.71, p.:225-231, 1992.

WHO. World Health Organization. **Gender and Reproductive Rights, Glossary, Sexual Health.** 1946. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>. Acessado em: 20 mai. 2004.

WHO. World Health Organization. **Gender and Reproductive Rights, Glossary, Sexual Health.** 2002. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>. Acessado em: 20 mai. 2004.

WIDERSTRÖM-NOGA, E. G.; *et al.* Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** v. 80, p. 580-586, 1999.

WINNICK, J. **Educação física e esportes adaptados.** São Paulo: Manole, 2004. 552p.

YONG, W. **Spinal Cord Injury levels & classification.** W. M. Keck Center for Collaborative Neurocience. The Spinal Cord Injury Project. Disponível em: <http://www.sci-info-pages.com/levels.html>. Acesso em 11 mai. 2006.

YOUNG, J. S.; BURNST, P. E. Pressure sores and the spinal cord injured. **Sci Digest.** v.4, 1982.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (org). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424p.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. (org). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p:23-31.

Anexo A. Aprovação pelo Comitê de Ética da pesquisa *Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão Medular: da readaptação sexual à intervenção terapêutica*

UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Florianópolis, 06 de junho de 2007 Nº. de Referência 75/2007

Ao Pesquisador **Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso**

Prezados Senhores,

Analisamos o projeto de pesquisa intitulado **"Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão Medular: da readaptação sexual à intervenção terapêutica"** enviado previamente por V. S.ª. Desta forma, vimos por meio desta, comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos tem como resultado a **Aprovação** do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaria de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverão ser informadas imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelo indivíduo pesquisado ou seu representante legal. Uma cópia deverá ser entregue ao indivíduo pesquisado e a outra deverá ser mantida pelos pesquisadores por um período de até cinco anos, sob sigilo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rudney da Silva
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi - Florianópolis – SC
88032-001 - Telefone/Fax (48) 3321 – 81 70

Anexo B. Aprovação pelo Comitê de Ética da pesquisa *Perfil Sexual de Lesionados Medulares*

UDESC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓSGRADUAÇÃO-PROPPG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP

UDESC

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2006 Nº. de Referência 023/05

Ao Pesquisador Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso

Prezado Senhor,

Analisamos o projeto de pesquisa intitulado *"Perfil sexual de lesionados medular"* enviado previamente por V. S.ª . Desta forma, vimos por meio desta, comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos tem como resultado a **aprovação** do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaríamos de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverão ser informadas imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Lembramos ainda, que, conforme as características do projeto, devem ser desenvolvidas ações visando a total não identificação dos sujeitos, bem como procedimentos cuidadosos não escritos de consentimento e esclarecimentos aos sujeitos, haja vista a supressão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Rudney da Silva
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi - Florianópolis – SC
88032-001 - Telefone/Fax (48) 231-1657

QUESTIONÁRIO ANTES DA LESÃO MEDULAR

MASCULINO E FEMININO

IDENTIFICAÇÃO E ASPECTOS GERAIS

1) Idade: (em anos) _____

2) Qual a sua profissão: _____

3) Qual o seu grau de escolaridade?

1) ( ) 1ª a 4ª série
2) ( ) 5ª a 8ª série
3) ( ) 2º grau completo
4) ( ) 2º grau incompleto
5) ( ) 3º grau completo
6) ( ) 3º grau incompleto
7) ( ) Especialização
8) ( ) Mestrado
9) ( ) Doutorado

4) Quais dos seguintes itens tem na casa que você reside?

1) ( ) TV a cabo
2) ( ) Carro
3) ( ) Computador
4) ( ) Ar condicionado

5) Cor da pele:

a) ( ) Amarela
b) ( ) Branca
c) ( ) Negra
d) ( ) Parda
e) ( ) Outra. Qual? _____

6) Tempo de lesão medular (em meses e anos): _____

7) Causa da lesão medular:

a) ( ) acidente de trânsito
b) ( ) quedas
c) ( ) esportes
d) ( ) mergulhando em águas rasas
e) ( ) arma de fogo
f) ( ) acidente de trabalho
g) ( ) arma branca (faca...)
h) ( ) outros. Qual? _____

8) Nível Neurológico da lesão medular: _____

	Nível da Lesão	**Controle Muscular**
8	C4	Pescoço e trapézio superior
7	C5	Ombro e flexor de cotovelo
6	C6	Porção clavicular do peitoral maior e ext. do punho.
5	C7 e C8	Extensor de cotovelo, flexor de punho (a mão é fraca)
4	T1 e T7	Membros superiores
3	T8 e T12	Tronco
2	L1 e L3	Todo o tronco, fl. de quadril, ad. de quadril
1	L4 e S2	Quadríceps (sem eespasticidade)

9) Estado civil **antes** da LM:
- a) ( ) solteiro(a)
- b) ( ) casado(a)
- c) ( ) separado(a)
- d) ( ) viúvo(a)
- e) ( ) união estável

10) Em termos de religiosidade, como você se considera?
- a) ( ) conservador(a)
- b) ( ) mediano(a)
- c) ( ) liberal

11) Como você se auto avaliaria em termos de sexualidade?
- a) ( ) conservador(a)
- b) ( ) mediano(a)
- c) ( ) liberal

ATIVIDADE SEXUAL

12) Com que idade você teve a primeira relação sexual (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) com um parceiro? _____

13) Você tinha orgasmo antes da LM? (sozinho ou com companheiro)
- a) ( ) sim
- b) ( ) não

14) Você tinha vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) **antes** da LM?
- a) ( ) sim
- b) ( ) não

15) Quanto tempo de vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina, masturbação) **antes** da LM? (em meses e anos) _____

16) Quantos parceiros sexuais você teve **antes** da LM?
- a) ( ) Nenhum
- b) ( ) 1 a 3
- c) ( ) 4 a 6
- d) ( ) 7 a 9
- e) ( ) 10 ou mais

17) **Antes** da LM quais das **atividades** abaixo você realizava? (pode marcar mais de uma alternativa)
- a) ( ) beijos
- b) ( ) abraços
- c) ( ) sexo oral
- d) ( ) estimulação com vibrador
- e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
- f) ( ) toques íntimos
- g) ( ) estimulação manual
- h) ( ) sexo anal
- i) ( ) outros. Quais? _____

18) **Antes** da LM, quais das atividades abaixo você **gostava** que seu parceiro fizesse em você? (pode marcar mais de uma alternativa)

a) ( ) beijos
b) ( ) abraços
c) ( ) sexo oral
d) ( ) estimulação com vibrador
e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
f) ( ) toques íntimos
g) ( ) estimulação manual
h) ( ) sexo anal
i) ( ) outros. Quais?_____

19) Quais das atividades abaixo **você percebia** que seu parceiro mais gostava de receber **antes** da sua LM? (pode marcar mais de uma alternativa)

a) ( ) beijos
b) ( ) abraços
c) ( ) sexo oral
d) ( ) estimulação com vibrador
e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
f) ( ) toques íntimos
g) ( ) estimulação manual
h) ( ) sexo anal
i) ( ) outros. Quais? _____

20) Qual **era** a sua freqüência sexual **antes** da LM? _____ vezes por semana.

DESEJO SEXUAL

21) Como você **considerava** a sua vontade de fazer sexo **antes** da LM?

NENHUM MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SATISFAÇÃO SEXUAL

22) Quanto satisfeito sexualmente você se **sentia antes** da LM?

NENHUM MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESPOSTA SEXUAL

23) Quanto excitável você se sentia **antes** da LM?

NENHUM MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24) Você consegue dizer qual a intensidade de seu orgasmo **Antes** da LM?

NENHUM MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25) **Antes** da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe **traziam** mais prazer? (ESCOLHA AS CINCO MAIS PRAZEROSAS, segundo a ficha 3)

1	
2	
3	
4	
5	

QUESTIONÁRIO <u>DEPOIS</u> DA LESÃO MEDULAR

MASCULINO

IDENTIFICAÇÃO E ASPECTOS GERAIS

26) Estado civil **depois** da lesão medular:

a) ( ) solteiro(a)
b) ( ) casado(a)
c) ( ) separado(a)
d) ( ) viúvo(a)
e) ( ) união estável

27) Atualmente, como você se mantém financeiramente?_____

ATIVIDADE SEXUAL

28) **Atualmente**, você tem se masturbado ou mantido relação sexual com alguém?

a) ( ) sim
b) ( ) não

29) Se **SIM**, há quanto tempo ? _____

30) **Após** a lesão medular, quantos parceiros sexuais você teve?

1. ( ) Nenhum
2. ( ) 1 a 3
3. ( ) 4 a 6
4. ( ) 7 a 9
5. ( ) 10 ou mais

31) **Depois** da lesão medular, qual é a sua freqüência sexual? _____ vezes por semana.

32) **Atualmente,** você acha que é possível fazer sexo sem penetração?

1. ( ) sim
2. ( ) não

33) Depois da lesão medular, quais das **atividades** abaixo você realiza? (pode marcar mais de uma alternativa)

a) ( ) beijos
b) ( ) abraços
c) ( ) sexo oral
d) ( ) estimulação com vibrador
e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
f) ( ) toques íntimos
g) ( ) estimulação manual
h) ( ) sexo anal
i) ( ) outros. Quais? _____

34) Depois da lesão medular, quais das atividades abaixo você **gosta** que seu parceiro faça em você? (pode marcar mais de uma alternativa)

a) ( ) beijos
b) ( ) abraços
c) ( ) sexo oral
d) ( ) estimulação com vibrador
e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
f) ( ) toques íntimos
g) ( ) estimulação manual
h) ( ) sexo anal
i) ( ) outros. Quais?_____

35) Depois da lesão medular, quais das atividades abaixo você percebe que **seu parceiro mais gosta de receber**? (pode marcar mais de uma alternativa)

a) ( ) beijos
b) ( ) abraços
c) ( ) sexo oral
d) ( ) estimulação com vibrador
e) ( ) intercurso pênis – vagina (penetração)
f) ( ) toques íntimos
g) ( ) estimulação manual
h) ( ) sexo anal
i) ( ) outros. Quais?_____ ___

DESEJO SEXUAL

36) Como você **considera** a sua vontade de fazer sexo **após** a lesão medular?

NENHUMA MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37) O que fez com que você tivesse sua primeira atitude sexual (qualquer tipo de ação sexual) **depois** da LM?

_____

_____

SATISFAÇÃO SEXUAL

38) Quanto satisfeito sexualmente você se **sente após** a lesão medular?

NENHUMA MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RESPOSTA SEXUAL

39) Depois da lesão medular, quanto excitável você se sente?

NENHUMA MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

40) Depois da lesão medular você **consegue** chegar ao orgasmo?

a) ( ) Sim
b) ( ) Não
c) ( ) Não sei

41) Você consegue dizer qual a intensidade de seu orgasmo **depois** da LM?

NENHUMA MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

42) Depois da lesão medular, quais as regiões do seu corpo que lhe **trazem** mais prazer? (ESCOLHA AS CINCO MAIS PRAZEROSAS, segundo a ficha 3) "em ordem de importância"

1	
2	
3	
4	
5	

ACONSELHAMENTO SEXUAL

43) Você **recebeu** algum tipo de orientação ou aconselhamento sexual **após** a lesão medular?

a) ( ) sim. Por quem? _____
b) ( ) não

44) Se **NÃO**, você aceitaria receber orientação ou aconselhamento sexual **após** a lesão medular (se não tivesse custo financeiro)?

a) ( ) sim
b) ( ) não

45) E seu **parceiro**, recebeu algum tipo de aconselhamento sexual?

a) ( ) sim
b) ( ) não
c) ( ) não sei

46) Você acha que algum tipo de **orientação** melhoraria a qualidade da sua vida sexual?

a) ( ) sim
b) ( ) não
c) ( ) Indiferente

AJUSTE SEXUAL

47) Quanto você acha que se ajustou sexualmente **após** a lesão medular?

NADA MUITO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

48) O que poderia melhorar a sua vida sexual?_____

PERGUNTAS MASCULINAS

49) **Após** a lesão medular, você consegue ter ereção espontânea?

a) ( ) apenas com estimulação manual
b) ( ) apenas com estímulo mental
c) ( ) com estímulo manual **ou** mental
d) ( ) com estímulo manual **e** mental
e) ( ) Não sei
f) ( ) Não tenho ereção

50) **Após** a lesão medular a sua ereção é suficiente para conseguir sexo com penetração?

a) ( ) sim
b) ( ) não

51) **Atualmente**, você utiliza algo para manter ou conseguir a ereção?

a) ( ) sim. O que? _____
b) ( ) não

52) **Atualmente**, a sua ereção dura quanto tempo sem auxílio de medicamentos ou de outros acessórios?

a) ( ) Menos que o necessário atividade sexual.
b) ( ) O necessário para atividade sexual.
c) ( ) Mais que o necessário para atividade sexual

53) **Depois** da lesão medular você consegue ejacular?

a) ( ) Não
b) ( ) Sim, diferente de antes da lesão
c) ( ) Sim, como antes da lesão medular
d) ( ) Não sei

54) **Depois** da lesão medular o seu orgasmo é acompanhado de ejaculação?

a) ( ) Sim
b) ( ) Não
c) ( ) Não sei

Entrevista sobre a Sexualidade Adaptada - ESexA

Comportamento Sexual

- Freqüência sexual. *A sua freqüência sexual (ou a quantidade de vezes que você fazia sexo) diminuiu, manteve-se ou aumentou após a lesão medular? Por quê isso aconteceu?*
- Parceiros sexuais. *Comente sobre as suas parcerias sexuais (seus relacionamentos sexuais). Com quantas pessoas você se envolveu sexualmente após a lesão medular?*
- Práticas e posicionamentos sexuais.
- Função sexual.
  - Desejo sexual. *Comente sobre o seu desejo sexual (ou sua vontade de fazer sexo) antes e após a lesão medular. Você notou diferença entre os períodos? Explique.*
  - Excitação sexual. *Comente sobre a sua excitação sexual (ou capacidade de ficar excitado) antes e após a lesão medular. Você notou diferença entre os períodos? Como você explica isso.*]
    - ⇒ Ereção (tipo, tempo, rigidez, medicação)
  - Orgasmo. *Comente sobre o seu orgasmo (gozar) antes e após a lesão medular. Após a lesão você consegue chegar ao orgasmo? Você notou diferença entre os períodos? Como você explica isso?*
    - ⇒ Ejaculação.

Prazer sexual

- Zonas erógenas

Satisfação sexual. *Comente sobre a sua satisfação com a vida sexual como um todo e com seu desempenho sexual especificamente.*

Aconselhamento sexual. Onde? Quando? Como? Por quem? Opinião.

Auto-adaptação sexual

- Experiências sexuais pós-lesão (profissionais de saúde, atitudes, sentimentos).

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - CEFID

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: **"Reabilitação Sexual De Pessoas com Lesão Medular: da readaptação sexual à intervenção terapêutica"**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo sobre a sexualidade de pessoas com lesão medular. O propósito desta pesquisa científica é compreender o modo como pessoas como você se readaptaram à sexualidade em decorrência da lesão medular e desenvolver a proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Humana, do qual o(a) senhor(a) participará, auxiliando-nos a construir e validar uma proposta de Reabilitação Sexual, embasada e testada, que reflita suas reais necessidades e questionamentos.

Para tanto, serão realizadas entrevistas e aplicados questionários padronizados que avaliam o perfil sexual e corporal, a história de vida sexual, o auto-conceito sexual, a qualidade de vida, os níveis de resiliência e de independência funcional e a classificação neurológica da lesão e identificam inadequações e disfunções sexuais, bem como serão realizados atendimentos em grupo de uma a duas vezes por semana, com duração aproximada de uma hora e meia, no Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, entre os meses de maio de dezembro de 2007.

Os registros feitos durante a entrevista e os dados colhidos nos questionários ou Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada serão confidenciais, não sendo divulgados aos profissionais que trabalham nesta Instituição, embora o relatório final, contendo citações **anônimas**, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

As pessoas que estarão te acompanhando neste projeto serão o pesquisador responsável, o prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso, a mestrandas Ana Carolina Rodrigues Savall, a professora de educação física e dança Rozana Aparecida da Silveira e a estudante de fisioterapia Caroline Pereira Martins. Apenas esses profissionais terão acesso aos dados colhidos e analisados.

Para garantir o sigilo, todos os instrumentos serão respondidos por você participante de forma confidencial, sendo colocados em um envelope lacrado. No Laboratório de Sexualidade Humana, os dados colhidos serão tabulados no programa estatístico SPSS sem constar a sua identificação, onde serão analisados, sem qualquer possibilidade do(a) senhor(a) ser identificado(a). Após tabulação dos dados, as entrevistas, questionários e gravações serão destruídos.

O(a) senhor(a) poderá perguntar sobre qualquer questão que desejar e todas deverão ser respondidas a seu contento, lembrando-se sempre que não há respostas certas ou erradas e, ainda, o(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, seja antes, durante ou depois de realizada a pesquisa.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos, lembrando que a sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Agradecemos a sua participação e colaboração.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, os dados, medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão realizados em mim.

Declaro que fui informado(a) que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____ .

Assinatura _____ Florianópolis, ____/____/____ .

_____
Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso - pesquisador responsável
Rua: Benevenuta Barlet James, nº 69, Centro, Florianópolis/SC
Tel.: (48) 3733-8868 / 9911-9624
E-mail: d2flc@udesc.br

_____
Mda. Ana Carolina Rodrigues Savall – pesquisadora
Mediadora do Grupo e Terapeuta Ocupacional
Rua: Eurico Hosterno, nº 62, Santa Mônica
Tel.: (48) 3233-4961 / 9953-0508
E-mail: carolsavall@yahoo.com.br

_____
Prof. Rozana Aparecida da Silveira – pesquisadora
Rua: Acelon Pacheco da Costa, 295, Bloco E, ap.202
Itacorubi CEP: 88034-040 Florianópolis/SC
Tel: (48) 3025-55-79 / 9621-1389
E-mail: rozanaaparecida@hotmail.com

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DESPORTOS
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu _____

permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa, científico, médico e educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Florianópolis, _____ / _____ / _____. Assinatura: _____.

Se o indivíduo é menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o Consentimento deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal.

Equipe de pesquisadores:

_____ _____

Fernando Luiz Cardoso, Ph.D. Msda. Ana Carolina Rodrigues Savall

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão Medular:
Da auto-adaptação à reabilitação Sexual

Etnografia Clínica

Antes de nós focarmos no tópico da sexualidade, você poderia me dizer um pouco sobre a lesão e como ela afetou você e sua vida em geral?

1) Como você descreve e quais são as conseqüências do seu problema de saúde?

2) O que você acredita que causou o seu problema de saúde?

3) Por que você acha que isso aconteceu com você?

4) Qual a seriedade do seu problema?

5) Quais as preocupações e prioridades após a lesão medular?

6) O que você pensa e sente em relação ao seu problema?

7) Como você acha que isso afetou e afeta o seu corpo?

8) Como isso afetou e afeta seus pensamentos e sentimentos em relação à vida e a você mesmo?

9) Como afetou seu meio social? Como as pessoas do seu trabalho, da sua família e os seus amigos agiram com você após a lesão medular?

10) O que você mais teme(temia) em relação ao seu problema?

11) O que você esperava do tratamento clínico?

12) O que você mais teme(ia) em relação ao tratamento clínico?

13) Você apresenta alguma queixa atual relacionada ao seu problema de saúde?

14) Você acha que sua patologia afeta(ou) a sua sexualidade? Como e há quanto tempo?

15) Resumidamente, como era sua função sexual antes da LM e como ela difere da função atual?

16) Como a sua parceira sexual reagiu e reage à lesão medular?

17) Você se viu e/ou se vê diferente como homem (ser sexual) após a lesão medular? Se isso acontece, por favor descreva.

18) Você poderia descrever algumas experiências que você teve na reabilitação ou em busca de aconselhamento sexual sobre a sua sexualidade?

19) Quais eram as suas dúvidas e questionamentos relacionados à sexualidade pós-lesão medular?

20) O que era a sexualidade para você antes da lesão medular e o que ela significa para você atualmente?

21) O que você esperaria de um tratamento voltado à sexualidade? Se você fosse criar uma proposta, que tipo de serviço você disponibilizaria?

22) Como você se auto-avalia em termos de sexualidade?

0. ( ) Conservador 1. ( ) Mediano 2. ( ) Liberal

23) Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar ou me perguntar a respeito da sexualidade pós-lesão medular?

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

AVALIAÇÃO CENTRADA NO GRUPO

Antes de apresentar a proposta

O que procuram e esperam da proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada?

Depois de apresentar a proposta

Diante da proposta realizada pelos pesquisadores e das expectativas de cada participante:

Opinião sobre a proposta do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada.

O que discordam e tirariam?

O que modificariam?

O que acrescentariam?

O que esperam dos atendimentos?

O que esperam para daqui a 6 meses?

Quais as dúvidas e curiosidades?

Quais as necessidades?

Obs.:

Prioridades do Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE APOIO À SEXUALIDADE ADAPTADA

PLANO DE ATENDIMENTO

Caracterização e objetivo do Grupo:

PROPOSTAS

Intervenção teórica:

-
-
-

Intervenção prática:

-
-
-

Recursos terapêuticos:

-
-
-

Data: **Responsáveis:**

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

Análise de Atividade

Tema definido: Intervenção teórica –
Intervenção prática –

Atividades:

Objetivos do seminário:

Recursos terapêuticos:

Cuidados e orientações:

Posicionamento:

Observações:

Responsável:

Descrição da Atividade

Nome:

Descrição:

Objetivo:

Variações:

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Modelo de observação e acompanhamento diário das intervenções[4]

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE APOIO À SEXUALIDADE ADAPTADA			
Grupo:	**Pesquisadores:**		
	Participantes:		
Data:		**Duração:**	
Intervenções:	**Teórica:**		
	Prática:		
Objetivos:	**Teórica:**		
	Prática:		
Desenvolvimento da atividade:	**Ritual de entrada**	**Seqüência**	**Ritual de Saída**
Materiais utilizados:			
Reações observadas:			
Percepções e opiniões pessoais:			

RELATÓRIO

[4] Modelo de observação da prática psicomotora, desenvolvido por Sanches et al., 2003, apresentado no livro: ***"A psicomotricidade na educação infantil – uma prática preventiva"***, adaptado das páginas. 65-68 por Savall, A.C.R.

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

Avaliação Individual sobre o Atendimento – versão Pesquisador

Por favor, em relação a este encontro do Grupo Interdisciplinar de Apoio, responda:

Qual a importância da intervenção teórica sugerida?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			Totalmente Importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

Em relação a realização da intervenção teórica sugerida, responda:

Não foi realizada	Realizada menos da metade prevista			Realizada pela metade			Realizada mais da metade prevista			Realizada por completo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

A intervenção teórica realizada alcançou os objetivos propostos para o encontro?

Não alcançou	Alcançou pouco ou menos da metade			Alcançou em parte			Alcançou muito ou mais da metade			Alcançou totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

Como você qualifica a intervenção teórica proposta?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

Como você qualifica a sua atuação durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

Como você qualifica a participação dos pesquisadores durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Como você qualifica a participação das pessoas com LM durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

_____

Qual a importância da intervenção prática sugerida?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			Totalmente Importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Em relação a realização da intervenção prática sugerida, responda:

Não foi realizada	Realizada menos da metade prevista			Realizada pela metade			Realizada mais da metade prevista			Realizada por completo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

A intervenção prática realizada alcançou os objetivos propostos para o encontro?

Não alcançou	Alcançou pouco ou menos da metade			Alcançou em parte			Alcançou muito ou mais da metade			Alcançou totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Como você qualifica a intervenção prática proposta?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Como você qualifica a sua atuação durante a intervenção prática?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Como você qualifica a participação dos pesquisadores durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	**X**	9	10

Obs.: _____

Como você qualifica a participação das pessoas com LM durante a intervenção prática?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

CONDUTA E EVOLUÇÃO

Nome:

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Freqüência

Nome: _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Maio																															
Junho																															
Julho																															
Agosto																															
Setembro																															
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															

Maio: 10, 17, 24, 31.
Junho: 7, 14, 21, 28.
Julho: 5, 12, 19, 26.
Agosto: 2, 9, 16, 23, 30.
Setembro: 6, 13, 20, 27.
Outubro: 4, 11, 18, 25.
Novembro: 1, 8, 15, 22, 29.
Dezembro: 6, 13, 20, 27.

Legenda:

X = Presença **Fp** = Falta do participante **Fj** = Falta do participante justificada **Fd** = Feriado **R** = Recesso da instituição

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

Avaliação da Intervenção Proposta - Pesquisador

Tema: **Data:**
Conteúdo: **Recursos:**
Palestra: **Estratégias:**
Grupo focal: **Obs.:**

1) Qual a importância do tema sugerido para intervenção?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			Totalmente Importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

2) Em relação à realização da intervenção sugerida, responda:

Não foi realizada	Realizada menos da metade prevista			Realizada pela metade			Realizada mais da metade prevista			Realizada por completo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

3) A intervenção realizada alcançou os objetivos propostos para o encontro?

Não alcançou	Alcançou pouco ou menos da metade			Alcançou em parte			Alcançou muito ou mais da metade			Alcançou totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

4) Como você qualifica o conteúdo trabalhado durante toda a intervenção?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

5) Como você qualifica os recursos adotados durante toda a intervenção proposta?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

6) Como você qualifica a palestra, ou seja, intervenção teórica?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____

7) Como você qualifica a discussão, ou seja, grupo focal?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

8) Como você qualifica a estratégia, ou seja, intervenção prática?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

9) Como você qualifica a organização do encontro?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

10) Como você qualifica este encontro como um todo?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

11) Como você qualifica a sua atuação durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

12) Como você qualifica a atuação dos demais pesquisadores durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

13) Como você qualifica a participação das pessoas com lesão medular durante a intervenção teórica?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Obs.: _____
_____

Opiniões: _____
_____
Sugestões: _____
_____
Críticas: _____
_____

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

Avaliação da Intervenção Proposta – versão Participante

1) Qual a sua opinião sobre o tema proposto?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			Totalmente Importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Qual a sua opinião sobre todo o conteúdo apresentado?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Qual a sua opinião sobre os recursos utilizados?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Qual a sua opinião sobre a palestra?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Qual a sua opinião sobre a discussão?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6) Qual a sua opinião sobre a estratégia adotada?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7) Qual a sua opinião sobre o encontro de hoje?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Qual a sua opinião sobre a mediação dos pesquisadores?

Péssimo	Regular			Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Qual a sua opinião sobre a sua participação?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Qual a sua opinião sobre a participação dos seus colegas?

Péssima	Regular			Boa			Ótima			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Opiniões, sugestões e críticas: _____

Nos últimos anos, o número de pessoas com lesão medular vem aumentando consideravelmente devido à violência nos centros urbanos e acidentes de trânsito, aos mergulhos em locais rasos e quedas. É uma grave deficiência física e suas principais vítimas são os adultos jovens.

Apesar das sérias conseqüências, que inclusive podem alterar a vivência e a função sexual, a lesão medular não elimina o contexto sexual da vida dessas pessoas. E, apesar de algumas iniciativas isoladas, ainda não há reabilitação voltada à área da sexualidade.

O ***Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada*** desenvolve uma proposta de Reabilitação Sexual para pessoas com lesão medular, buscando refletir as reais necessidades, potencialidades e anseios dessa população.

Nosso objetivo é que essa proposta venha a prover orientação e suporte multiprofissional aos participantes do grupo, além de responder às dúvidas, minimizar dificuldades e atender suas necessidades, promovendo a qualidade de vida e saúde sexuais.

Composta por profissionais da Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Educação Física e Sexologia, nossa equipe pretende desenvolver esta proposta em parceria com **você,** pessoa acometida pela lesão medular, aliando nosso conhecimento científico à sua experiência e, juntos, elaborar e avaliar o ***Grupo Interdisciplinar de Apoio*** como forma de Reabilitação Sexual.

Na primeira etapa do grupo, levantamos os principais conteúdos, que servem de base para as intervenções propostas neste segundo semestre.

É com esse intuito que convidamos você a participar **gratuitamente** do nosso grupo, trocar experiências e principalmente avaliar nossa proposta. Sua presença é fundamental para que a proposta seja feita **com** você e **para** você.

Data	Temas dos Encontros
25/09	**Sexualidade e Diversidade Sexual**
02/10	**Desejo Sexual**
09/10	**Preliminares sexuais, zonas erógenas e neuroplasticidade**
16/10	**Resposta sexual de excitação, agentes prejudiciais e facilitadores**
23/10	**Resposta sexual de orgasmo e fertilidade**
30/10	**Escaras, controle de esfíncteres e espasticidade**
06/11	**Controle motor, limitações físicas e níveis funcionais**
13/11	**Prática e posicionamento sexuais**
20/11	**Aspectos psicoemocionais**
27/11	**Aspectos socioculturais**
04/12	**Avaliação Final da Proposta**

Venha dar a sua opinião! Suas sugestões e críticas serão sempre bem-vindas!

Horário: das **19:00** às **20:30**

Local de realização: no **CEFID,** Centro de Ciências da Saúde e Esporte, antigo Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos da **UDESC**, **sala 07**.

End.: Rua Paschoal Simone, nº 358
Coqueiros - Florianópolis/SC

Se você tem **dificuldade com transporte**, o **G.I.A.S.A** conta com o apoio da **Aflodef** e disponibiliza o transporte veicular acessível.

Para obter mais informações, entre em contato com um de nossos pesquisadores:

Ana Carolina Savall - Terapeuta Ocupacional
3233-4961 / 3234-1167
carolsavall@yahoo.com.br

Rozana Silveira - Educadora Física
9621-1389
rozanasilveira@hotmail.com

Ou diretamente com o G.I.A.S.A. através do e-mail e do site:

sexualidadelesaomedular@yahoogrupos.com.br
http://br.groups.yahoo.com/group/sexualidadelesaomedular/

O *Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada* é uma iniciativa:

Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Desenvolvimento

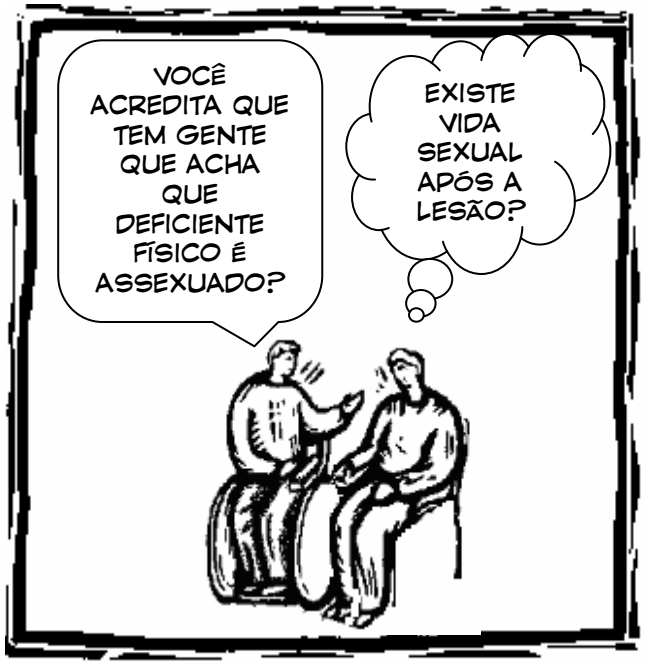
Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
Universidade do Estado de Santa Catarina

Apoio:

Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE APOIO À SEXUALIDADE ADAPTADA

REABILITAÇÃO SEXUAL PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR: uma proposta elaborada junto a pessoas com lesão medular e a ser avaliada por elas



Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

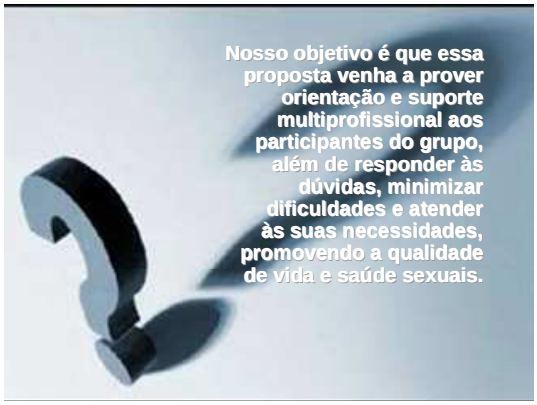
REABILITAÇÃO SEXUAL PARA PESSOAS COM LESÃO MEDULAR:

uma proposta elaborada junto a pessoas com lesão medular e a ser avaliada por elas

Nos últimos anos, o número de pessoas com lesão medular vem aumentando consideravelmente devido à violência nos centros urbanos e acidentes de trânsito, aos mergulhos em locais rasos e quedas. É uma grave deficiência física e suas principais vítimas são os adultos jovens.

Apesar das sérias conseqüências, que inclusive podem alterar a vivência e a função sexual, a lesão medular não elimina o contexto sexual da vida dessas pessoas. E, embora exista algumas importantes iniciativas isoladas, muitas clínicas e centros não disponibilizam reabilitação voltada à área da sexualidade.

O ***Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada*** desenvolve uma proposta de Reabilitação Sexual para pessoas com lesão medular, buscando refletir as reais necessidades, potencialidades e anseios dessa população.



Nosso objetivo é que essa proposta venha a prover orientação e suporte multiprofissional aos participantes do grupo, além de responder às dúvidas, minimizar dificuldades e atender às suas necessidades, promovendo a qualidade de vida e saúde sexuais.

Composta por profissionais da Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Educação Física e Sexologia, nossa equipe pretende desenvolver esta proposta em parceria com você, pessoa acometida pela lesão medular, com você, que é companheiro(a), e com você, profissional da saúde que assiste a essas pessoas, aliando nosso conhecimento científico à sua experiência e, juntos, elaborar e avaliar o *Grupo Interdisciplinar de Apoio* como forma de Reabilitação Sexual.

Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada

Consiste em meio de pesquisa e intervenção clínica, que prioriza interagir com as pessoas, às quais essa pesquisa se destina, seus(suas) companheiros(as) e com os diferentes profissionais da área da saúde, aliando o conhecimento científico dos profissionais com a prática adquirida pelas pessoas com lesão medular e seus parceiros, para a elaboração e implantação de uma proposta de reabilitação sexual.

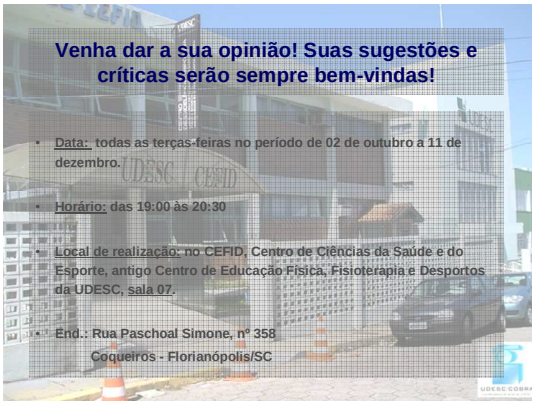
Na primeira etapa do grupo, levantamos os principais conteúdos, que servem de base para as intervenções propostas neste segundo semestre.

*É com esse intuito que convidamos você a participar **gratuitamente** do nosso grupo, trocar experiências e principalmente avaliar nossa proposta. Sua presença é fundamental para que esta proposta seja feita **com** você e **para** você.*

Nossa proposta para este semestre é a realização de seminários desenvolvidos por meio de palestras, grupos de discussão e estratégias de intervenção conforme os temas levantados durante o primeiro semestre e expostos no cronograma.

Se não puder participar de todos, venha conferir os que mais lhe interessam, todo os encontros ocorrem de forma independente !!!

02/10	Sexualidade e diversidade sexual
09/10	Desejo sexual
16/10	Preliminares, zonas erógenas e neuroplasticidade
23/10	Resposta sexual de excitação, agentes prejudiciais e facilitadores
30/10	Resposta sexual de orgasmo e fertilidade
06/11	Escaras, controle de esfíncteres e espasticidade
13/11	Controle motor, limitações físicas e níveis funcionais
20/11	Prática e posicionamento sexuais
27/11	Aspectos Psicoemocionais
04/12	Aspectos Socioculturais
11/12	Avaliação final da proposta



Venha dar a sua opinião! Suas sugestões e críticas serão sempre bem-vindas!

- Data: todas as terças-feiras no período de 02 de outubro a 11 de dezembro.
- Horário: das 19:00 às 20:30
- Local de realização: no CEFID, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, antigo Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos da UDESC, sala 07.
- End.: Rua Paschoal Simone, nº 358
  Coqueiros - Florianópolis/SC

Se você tem **dificuldade com transporte**, o **G.I.A.S.A** conta com o apoio da **Aflodef** e disponibiliza o transporte veicular acessível.

Para obter mais informações, entre em contato com um de nossos pesquisadores:

- Ana Carolina Savall
  Terapeuta Ocupacional
  3233.4961 / 3234.1167
  carolsavall@yahoo.com.br

- Rozana Silveira
  Educadora Física
  9621.1389
  rozanasilveira@hotmail.com

Ou diretamente com o G.I.A.S.A. através do e-mail e do site:

sexualidadelesaomedular@yahoogrupos.com.br

http://br.groups.yahoo.com/group/sexualidadelesaomedular/

As discussões sobre os temas não terminam ao final de cada seminário: elas continuam na **internet**. Por meio do yahoo grupos, disponibilizamos semanalmente o conteúdo de nossos encontros para você, que não pôde estar presente, acompanhar as discussões e contribuir com idéias, críticas e sugestões. Se você mora longe de Florianópolis, pode e deve participar virtualmente de nosso grupo. Quanto mais pessoas abrangermos, mais informações teremos para ajudar **você!**

O ***Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada*** é uma iniciativa:

Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Corporeidade e Desenvolvimento

Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID — UDESC

Universidade do Estado de Santa Catarina

Apoio:

Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos

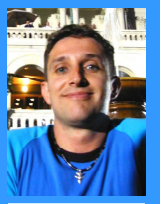
Pesquisadores:

• Fernando Luiz Cardoso, Ph.D.

Graduado em **Educação Física** pela Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC e Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em 1986 e 1987 respectivamente, possui especialização em **Educação Sexual,** em **Sexologia Clínica**, em **Orientação Sexual sobre AIDS e DST** e em **Erotologia** pelo Institute for Advanced Study in Human Sexuality (ASHS, EUA); mestrado em **Antropologia Social** pela UFSC; mestrado em **Saúde Pública DST/AIDS** e doutorado em **Sexualidade Humana,** ambos pelo ASHS.

Atualmente é **professor titular** da UDESC, atuando há 20 anos na graduação e há dois no programa de **Mestrado em Ciências do Movimento Humano** do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID/UDESC), Florianópolis, onde coordena o Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Corporeidade e Desenvolvimento.

Ph.D em Sexualidade Humana orienta projetos de pesquisa na graduação e pós-graduação sobre a sexualidade de pessoas com lesão medular e de gestantes.



Contato: d2flc@udesc.br

- Stella Maris Michaelsen, Ph.D.

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Santa Maria em 1985, é mestre em **Biomecânica e Fisiologia do Movimento** pela Universidade de Paris XI (1994) e doutora em **Ciências Biomédicas – opção Reabilitação** pela Universidade de Montreal (2005).

Atualmente é **professora** do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina, atuando no programa de graduação em **Fisioterapia** e de **Mestrado em Ciências do Movimento Humano**.

Contato: d2smm@udesc.br

Pesquisadores:

• Ana Carolina Rodrigues Savall

Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Católica de Goiás (UCG) em 2004 é mestranda do programa *strictu sensu* **Mestrado em Ciências do Movimento Humano** do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso, há dois anos desenvolve a pesquisa *"Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão Medular: da auto-adaptação sexual à intervenção terapêutica"* e há um coordena o **Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada**.

Integra o **Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Corporeidade e Desenvolvimento** - UDESC.

Contato: carolsavall@yahoo.com.br

Pesquisadores:

- **Aline Knepper Mendes**

Fisioterapeuta, graduada na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC em 2005. Trabalha com Sexualidade na Lesão Medular desde 2003, juntamente com o Prof. Fernando Luiz Cardoso, com pesquisas exploratórias sobre a sexualidade pré e pós lesão medular em homens e alguns trabalhos em mulheres.

Atualmente é mestranda do programa de pós graduação *Stricto Sensu* em **Ciências do Movimento Humano** – UDESC, onde desenvolve trabalhos na mesma temática de sexualidade pré e pós lesão medular.

Junto a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, no Instituto de Engenharia Biomédica – IEB, desenvolve um **tutorial de neurofisiologia**, com apoio financeiro do CNPq – Bolsista de Desenvolvimento Tecnológico Industrial 2006-2007.

Integrante do **Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Corporeidade e Desenvolvimento** – UDESC, coordenado pelo Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso.

Contato: alinekm@gmail.com

Pesquisadores:

- **Prof ª. Rozana Aparecida da Silveira**

Graduada em Educação Física pelo CEFID – UDESC desde 1986, é especialista em Dança e atualmente é aluna especial do Mestrado em Ciências do Movimento Humano, integrando o Núcleo de Pesquisa em Gênero, Sexualidade, Corporeidade e Desenvolvimento.

Contato: rozanasilveira@hotmail.com

Muito Obrigada !!!

Bom dia a todos,

Inicialmente gostaria de agradecer pela presença de cada um de vocês, fundamental para a elaboração e aperfeiçoamento da nossa proposta!

Uma vez que objetivamos construir a proposta de reabilitação com vocês e para vocês, acreditamos que seja importante compartilhar nosso empenho em estabelecer as melhorias, pois novamente estamos juntos nesta segunda etapa, porém agora não somente no processo de elaboração, mas de avaliação.

Deste modo, resolvemos adotar o que poderíamos chamar de um “boletim” a respeito do grupo, até porque nem sempre nos expomos de forma esclarecedora durante os seminários ou há tempo suficiente para discutirmos questões relacionadas à construção da proposta, configurando-se neste que enviamos no momento.

A proposta do boletim é que no dia posterior aos seminários, consigamos dar um retorno a vocês, relacionado à avaliação realizada por cada participante e por nós, que tentamos conciliar os papéis de profissionais e pesquisadores, principalmente, em se tratando das opiniões, críticas e sugestões, sejam elas vindas das avaliações preenchidas ou dos comentários ditos pessoalmente, enviados por e-mail ou comentados por telefone, todos sempre muito bem-vindos para o aprimoramento do grupo.

É nesse intuito que trazemos alguns comentários e nossas iniciativas para atendê-los.

Primeiramente gostaríamos de esclarecer sobre a nossa proposta. Trata-se de uma **pesquisa-ação**. Pesquisa-ação refere-se a um método alternativo de **pesquisa,** constituindo-se em um estudo concebido e a ser realizado em **estreita associação** com uma **ação** e **resolução** de problema coletivo, onde os pesquisadores e participantes envolvem-se de modo **cooperativo** e **participativo**, permitindo meios de tornarmo-nos, pesquisadores, profissionais e participantes, capazes de responder com maior eficiência à situação implicada, sob forma de

diretrizes de **ação transformadora**, bem como desenvolver a **tomada de consciência** e, ao final, implicar em produção de **conhecimento** e proposta de **intervenção**, embasada e testada.

Salienta-se que a proposta do grupo é **dinâmica**, podendo modificar de atendimento a atendimento, favorecendo o alcance de seu objetivo. No entanto, baseia-se nos fundamentos estabelecidos para o desenvolvimento do grupo, sendo estes: **intervenção teórica,** atualmente desenvolvida por meio de **palestra**; **intervenção prática**, no momento, desenvolvida por meio de **estratégias de interação**; e **grupo focal**, caracterizado pela **discussão**. Isto é, as intervenções e o grupo focal mantêm-se, podendo ser modificadas os meios pelos quais são aplicados e desenvolvidos.

Em um segundo momento, gostaria de ressaltar como consideramos as avaliações, em termos de conceitos e números. Após cada encontro, fazemos as proporções dos conceitos e as médias das notas. Diante dos conceitos de muito e totalmente importante ou ótimo e excelente, equivalendo às notas de 7 a 10, **mantemos** a forma como o quesito avaliado vem sendo desenvolvido. Conceitos de importante ou de regular/bom, ou notas entre 4 e 6, nos levam a **modificar** a forma de desenvolver o quesito avaliado e, por fim, conceitos de nada ou pouco importante ou de péssimo e bom, nos conduzem a **reformular** completamente o quesito avaliado. Pode parecer não haver relevância na marcação de “x”, contudo para nós é de grande valia, uma vez que alteramos, melhoramos ou mantemos cada uma das questões avaliadas e envolvidas no seminário conforme esta avaliação, embora aceitamos de muito bom grado **avaliações discursivas** do encontro.

Também gostaria de esclarecer sobre um comentário feito durante o encontro de ontem, que eu posso tê-lo colocado de forma incisiva, ou como imposição e, infelizmente, posso não ter passado corretamente a mensagem desejada. Refere-se às discussões marcadas por conflitos e confronto de idéias e, muitas vezes, relacionadas à imposição de “teorias”. Vejam que ironia: busquei evitar a imposição, impondo algo.

Bem, em verdade, a mensagem era a seguinte: vamos procurar evitar, nem que seja somente inicialmente, comentários do tipo “eu faço deste modo e discordo do fulano que faz

daquele modo". Após várias reuniões de equipe, nós concluímos que especificamente para este momento seja pouco produtivo. O confronto de idéias exige interação e coesão do grupo e, como estamos iniciando, apesar dos longos anos de amizade entre alguns participantes, pode constranger aos demais ainda não "enturmados".

Acreditamos que discordar e colocar seu ponto de vista seja extremamente importante e fundamental no processo de discussão, porém, da forma como estava sendo feita, caracterizada pela imposição de idéias, as quais eram consideradas "certas", sendo consideradas as demais "erradas", conduzidas de tal forma que as primeiras caracterizavam-se como "verdades", designando o rótulo de mentiras às demais opiniões e vivências proferidas, a ponto de duvidarem da veracidade dos comentários, nosso tempo estava-se limitando a questões repetidamente trazidas à tona e não estávamos chegando em um consenso, até porque a vivência da sexualidade é particular a cada pessoa não havendo necessidade em se estabelecer um consenso ou imposições de "verdades", e devendo, por isso, serem respeitadas as singularidades de cada participante.

Almejamos que a diante nosso grupo alcance o estágio que nos permita debates, valendo ressaltar que, para mim como pesquisadora e profissional, todos esses conflitos evidenciam a diversidade nos comportamentos sexuais, sendo demasiadamente ricos!

Uma das principais questões sugeridas refere-se à questão do tempo, contudo em diferentes contextos:

- Horários de início e término dos encontros. Uma das correntes críticas refere-se aos horários estipulados, os quais não vêm sendo cumpridos, sendo que alguns ainda sugerem que 90 minutos não são suficientes e propõem o prolongamento do horário até às 21:00. Em relação a isso, decidimos iniciar nossos encontros impreterivelmente às 19:00h, apesar de termos consciência que se trata de um horário de muito transito e congestionamento, mas buscaremos valorizar as pessoas que chegam no horário marcado. Também nos comprometeremos a finalizar o seminário às 20:30h, o que **não** nos impede de continuarmos as discussões ou conversas informais até às 21:00h ou

por mais tempo. Assim, solicitamos que todos se sintam muito à vontade para se retirarem a partir das 20:30h ou, ainda, se e quando precisarem sair mais cedo, sem qualquer constrangimento, e para os que puderem ou quiserem continuar, estaremos sempre dispostos a continuar com o diálogo.

- Tempo para a discussão. Este encontro, junto ao anterior, para nós é considerado o encontro zero, uma vez que os encontros para gerar discussão pautada em questionamentos levantados por nós ou por vocês seguindo a dinâmica comentada começará a partir do próximo encontro que, se forem analisados, seguem uma ordem: desejo, preliminar, excitação, orgasmo, situações que podem dificultar a vivência sexual (escaras, esfíncteres, espasticidade, níveis funcionais e limitações), comportamento sexual, aspectos emocionais e finalizando socioculturais. É considerado o encontro zero por ser a base que norteará todos os outros encontros, para o qual objetivamos mais do que uma discussão que pudesse emergir, mas à conscientização para algumas questões que serão muito importantes ao decorrer dos seminários: a diversidade de nossos comportamentos sexuais, não nos cabendo julgar ninguém ou apontar o que é certo ou errado; a importância em se desmistificar o assunto e ampliarmos nossa concepção sobre a sexualidade humana; bem como a relevância em nos desvincularmos de algumas amarras como a de colocarmos nossas expectativas sobre os outros, uma vez que a iniciativa própria pode nos render melhores resultados. Assim, propositadamente a palestra ocupou a maior parte do encontro e não tínhamos perguntas norteadoras para a discussão (grupo focal). A partir do próximo encontro, quando adentrarmos a questões sexuais específicas e trabalhadas com maior profundidade, as palestras ocuparão um menor tempo, estipulamos no máximo 30 minutos mesmo quando tivermos dois ou três temas no mesmo dia, direcionando cerca de 50 minutos para as discussões, também não nos impedindo de mesclarmos os momentos de palestra com discussão, sem que sejam necessárias as interrupções.

Esclarecemos que almejamos trazer elementos para que cada um de vocês trabalhe as concepções pessoais como acredita ser melhor e, antes disso ainda, que se conscientizem de que há que se pensar sobre a própria sexualidade, sobre os conceitos internalizados que a

regem, regulam, modulam e determinam, mesmo que seja para terem a convicção de que a forma como a concebem é a melhor para si próprios e para o companheiro ou companheira.

Todo o exposto aqui também está sujeito a avaliação e aprovação de vocês.

Por fim, agradecemos a paciência e a colaboração de todos vocês nesse período de ajustamentos, reformulações e aprimoramentos desta proposta de reabilitação sexual para pessoas com lesão medular, elaboradas com vocês e para vocês, ainda mais precisamente para os que recentemente tiveram uma lesão e a ser avaliada e concluída por vocês.

Um grande beijo a todos e tenham uma excelente semana!!!

Obs.: nossa palestra estará disponível a vocês na íntegra por meio do nosso grupo no site Yahoo: http://br.groups.yahoo.com/group/sexualidadelesaomedular , também podendo ser acessado por meio do site do yahoo (www.yahoo.com.br) , clicando sobre o ícone “grupos”, seguidamente digitando “sexualidade lesão medular” no espaço “encontre um grupo yahoo” e clicando em “buscar”, que resultará em uma página com somente um resultado, o do nosso grupo, clique uma vez sobre ele, onde poderá ser visualizado. Clique sobre “entre neste grupo!”. Ele solicitará que entre com o login e senha yahoo, ou que cadastre-se no mesmo. Lendo parece complexo, mas na prática é bem mais simples. Caso não consigam, entre em contato.

Bom dia amigos e amigas,

Em busca de alicerçar uma proposta de reabilitação voltada à sexualidade humana, durante este ano desenvolvemos as atividades do *Grupo Interdisciplinar de Apoio à Sexualidade Adaptada,* o qual buscou inicialmente realizar o levantamento de conteúdos relevantes a serem abordados e, em um segundo momento, desenvolver estes temas, sempre contando com o auxílio de vocês, que são as pessoas que melhor podem argumentar sobre este assunto.

Mediante as discussões emergidas e as experiências compartilhadas em nossos encontros, percebemos que a deficiência apresenta-se de diferentes formas, acometendo diversos setores, por exemplo, ao se evidenciar a insuficiência – quando não ausência – de informações no meio acadêmico acerca da esfera sexual de pessoas com deficiência, resultando na formação "deficiente" de nossos profissionais da saúde. Como conseqüência temos que os profissionais encontram-se *despreparados* para lidar com as questões sexuais suscitadas por seus pacientes, principalmente quando se tratam de pessoas com lesão medular, em decorrência ao impacto do trauma sobre os componentes da sexualidade humana, resultando muitas vezes em alterações que podem influenciar a vivência sexual.

Por outro lado, também pudemos perceber que tais dificuldades relacionadas à sexualidade e às relações interpessoais não são intrínsecas à deficiência, e em certas situações não se diferem das vivenciadas pelos "bípedes".

A sexualidade, mesmo inerente ao ser humano e presente em todo o ciclo vital, sob forte julgamento moral, não obtém o reconhecimento de ser tratada como um importante aspecto na vida das pessoas, influenciando, entre outros aspectos, a busca pela independência e autonomia – questões visadas no processo de recuperação e reinserção social –, não sendo a sexualidade humana contemplada nos currículos acadêmicos e, portanto, não se fazendo presente nos programas de reabilitação.

Durante os anos de 2005 e 2006, a ONU junto a 192 países objetivaram firmar o primeiro tratado do século 21 com a elaboração da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Contudo, ainda na 8ª sessão, as delegações estavam longe de chegar

a um consenso sobre os seus direitos, sendo os temas mais debatidos os relacionados à educação, capacidade legal e **saúde sexual e reprodutiva**, onde muitos países se opuseram à temática relacionada à sexualidade. Podemos mencionar, por exemplo, a resistência à citação entre colchetes do primeiro parágrafo do artigo 23, que se refere ao **"Respeito para com o lar e a família"**, cuja citação consiste em **"[experimentar sua sexualidade]"**.

A posição do Brasil foi de defender a manutenção do texto polêmico, apresentando a sugestão de substituir a palavra *experimentar* por *desenvolver* sua sexualidade. Vale ressaltar que a delegação brasileira se pronunciou sobre todos os temas sempre com posição favorável aos direitos das pessoas com deficiência, possuindo diversos integrantes de ONGs e da sociedade civil. A delegação foi composta por Pedro Cardoso, diplomata da missão do Brasil na ONU e por Izabel M. M. de L. Maior, coordenadora geral da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Izabel Maior é médica neurologista e fisiatra e desde os 22 anos tetraplégica, portanto, conhecedora da causa, sendo também estudiosa do tema da sexualidade, vindo a publicar ainda em 1988 o livro "Reabilitação Sexual do Paraplégico e do Tetraplégico", fruto de seu mestrado.

Neste contexto, esta proposta que vem sendo desenvolvida objetiva resgatar o ser sensual e sexual, objetivando salientar a importância da sexualidade para as pessoas acometidas pela deficiência física, especificamente pela lesão medular, sendo sua relevância evidenciada pelos alarmantes índices estatísticos: cerca de 70% dos pacientes acometidos são homens, com idade média de 25 anos, ou sejam, vivenciavam o ápice de sua vida sexual.

Em decorrência da influência religiosa e sociocultural, que deflagraram a repressão à sexualidade e negação ao prazer e valorização da função reprodutiva sexual, sofrem o ainda atual preconceito de serem dessexualizadas por nossa sociedade, ou seja, desprovida de sexualidade, uma vez que um corpo limitado em seu físico também seria limitado em sua expressão sexual e assim, o mesmo modelo sociocultural que o produziu igualmente o exclui.

No entanto, apreendida em sua amplitude, pode-se melhor compreender a sexualidade das pessoas com deficiência, fazendo-se necessário disseminar essa consciência entre os profissionais de saúde, principalmente os da reabilitação, visto que tratam o paciente integralmente, bem como a seus parceiros e familiares, e por fim a sociedade, no sentido de

alterar as reações, atitudes, pensamentos e sentimentos à justaposição dos conceitos de sexo e deficiência.

É com esse intuito que os convido a participar de nossos últimos dois encontros do grupo, a serem realizados terça-feira dia 20 de novembro, onde o tópico final dos seminários será discutido, os *"aspectos fisiológicos (escaras e controle de esfíncteres), aspectos psicoemocionais (auto-estima, estima corporal, imagem corporal e estima sexual) e aspectos socioculturias e sua influência na vivência plena e saudável da sexualidade"* e terça-feira dia 27 de novembro, cujo tema é *"(Re)Pensar e (re)avaliar o Grupo Interdisciplinar de Apoio como proposta de reabilitação voltada à sexualidade do homem com lesão medular"*, onde discutiremos seus variados aspectos, entre eles:

- ***O que se pensa de uma proposta de reabilitação voltada à sexualidade?***
- ***O que se espera da reabilitação sexual?***
- ***De que forma deve ser conduzida?***
- ***O que se deve abordar e de que maneira?***

Agradeço desde já pela participação na construção da proposta do Grupo e espero realmente contar com a presença de todos vocês para este fechamento!

Um grande abraço, Ana Carolina Savall.

Laboratório de Sexualidade Humana
Reabilitação Sexual de Pessoas com Lesão medular:
da readaptação sexual à intervenção terapêutica

Questionário de Sexualidade Adaptada - QSexA

MASCULINO Data: _____/_____/_____

ANAMNESE

BLOCO I → CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade: _____ **Data de nascimento**: _____/_____/_____.

Qual a sua profissão? _____

Você está aposentado? 0.( ) Não 1.( ) Sim, recebo aposentadoria 2. ( ) Sim, recebo auxílio-doença

Você trabalha? 0. ( ) Não 1. ( ) Sim, estou empregado 2. ( ) Sim, mas estou desempregado

Qual o seu grau de escolaridade?
0.( ) 1º grau incompleto 2.( ) 2º grau completo 4.( ) Curso técnico-profissionalizante 6.( ) Mestrado
1.( ) 1º grau completo 3.( ) 3º grau completo 5.( ) Especialização 7.( ) Doutorado

Quais dos itens de consumo abaixo você tem em sua casa (pode marcar mais de um item)**?**
TV a cabo ( ) Computador ( ) Carro ( ) Ar condicionado ( )

Qual o seu estado civil ATUAL? (pode marcar mais de uma opção se estiver namorando ou casado pela segunda vez)
0. ( ) Solteiro 2. ( ) Moro com a companheira. 4. ( ) Separado ou divorciado.
1. ( ) Namorando 3. ( ) Casado. 5. ( ) Viúvo.

Qual era o seu estado civil ANTES DA LESÃO MEDULAR? (pode marcar mais de uma opção se estiver namorando ou casado pela segunda vez)
0. ( ) Solteiro 2. ( ) Moro com a companheira. 4. ( ) Separado ou divorciado.
1. ( ) Namorando 3. ( ) Casado. 5. ( ) Viúvo.

Caso você tenha se separado após a lesão medular, você acredita que isso aconteceu por causa da deficiência física? 0.( )Não 1.( )Sim

Qual é a sua cor ou raça?
0. ( ) Branco 1. ( ) Amarelo/oriental 2. ( ) Moreno 3. ( ) Negro 4. ( ) Pardo/indígena

Qual a sua religião/crença?
0.( )Católico 1.( )Espírita 2.( )Evangélico/Protestante 3.( )Ateu 4.( )Outras crenças Qual?_____.

Em termos de religiosidade, como você se considera?
0. ( ) Conservador 1. ( ) Moderado 2. ( ) Liberal

Em termos de sexualidade, como você se considera?
0. ( ) Conservador 1. ( ) Moderado 2. ( ) Liberal

BLOCO II → DADOS DE SAÚDE

Tempo de lesão medular (em meses e anos): _____ Data da lesão: _____/ _____ / _____.

Idade quando teve a lesão medular (em meses e anos): _____

Causa da lesão medular (caso seja acidente de trabalho, pode marcar mais de uma opção)**:**

0. ( ) acidente de trânsito 3. ( ) mergulho em águas rasas 6. ( ) arma de fogo
1. ( ) quedas 4. ( ) acidente de trabalho 7. ( ) congênita _____
2. ( ) esportes 5. ( ) arma branca (faca...) 7. ( ) outros. Qual? _____.

Nível Neurológico da lesão medular: _____. **Veja a última página deste questionário*

Grau da lesão: 0.( ) Completa 1.( ) Incompleta

Atualmente utiliza algum medicamento? 0.( ) Não 1.( ) Sim

Qual(is)? _____. Para que? _____.

Causa(m) efeito(s) colateral(is)? 0.( )Não 1.( )Sim **Qual(is)? _____.**

Você FEZ reabilitação após a lesão medular? 0. ( ) Não 1. ( ) Sim **Onde? _____.**

Você FAZ algum tipo de tratamento, hoje em dia? 0.( ) Não 1.( ) Sim **Para que? _____.**

Você PRATICAVA algum esporte, fazia ginástica ou outra forma de exercício físico, antes da lesão?

0.( ) Não 1.Sim, ocasionalmente. Qual?_____. 2.Sim, freqüentemente. Qual?_____. **Era atleta?** 0.( )Não 1.( )Sim

Você PRATICA algum esporte, faz ginástica ou outra forma de exercício físico?

0.( ) Não 1.Sim, ocasionalmente. Qual?_____. 2.Sim, freqüentemente. Qual?_____. **É para-atleta?** 0.( )Não 1.( )Sim

ANTES da lesão, você fumava?	0.( )Não	1.( )Sim, ocasionalmente	2.( )Sim, regularmente
ATUALMENTE, você fuma?	0.( )Não	1.( ) Sim, ocasionalmente	2.( ) Sim, regularmente
ANTES da lesão, você consumia álcool?	0.( )Não	1.( ) Sim, ocasionalmente	2.( ) Sim, regularmente
ATUALMENTE, você consome álcool?	0.( ) Não	1.( ) Sim, ocasionalmente	2.( ) Sim, regularmente
ANTES da lesão, você consumia drogas?	0.( ) Não	1.( ) Sim, ocasionalmente	2.( ) Sim, regularmente
ATUALMENTE, você consome drogas?	0.( ) Não	1.( ) Sim, ocasionalmente	2.( ) Sim, regularmente

SEXUALIDADE HUMANA

BLOCO III → ATIVIDADE SEXUAL *ANTES* DA LESÃO MEDULAR

Por favor, recorde-se da sua vida sexual ANTES da lesão medular e responda a todas as questões do Bloco III.

Orientação Sexual: o que eu GOSTAVA em relação à atividade sexual

Pense na sua vida sexual ANTES da lesão medular e responda: Quanto você gostava de sexo?

Não gostava	Gostava pouco			Gostava			Gostava muito			Gostava demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Antes da relação sexual, você FAZIA atividades sexuais preliminares, ANTES da lesão medular?
1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

ANTES da lesão medular, quais das atividades abaixo você GOSTAVA de fazer/receber? Responda a todas as questões conforme o quanto você gostava:

	Não gostava	Gostava pouco	Gostava mais ou menos	Gostava muito	Gostava demais
Beijos	1	2	3	4	5
Abraços	1	2	3	4	5
Receber sexo oral	1	2	3	4	5
Fazer sexo oral	1	2	3	4	5
Penetração (pênis – vagina)	1	2	3	4	5
Masturbar-se	1	2	3	4	5
Masturbar a parceira	1	2	3	4	5
Ser masturbado pela parceira	1	2	3	4	5
Toques íntimos	1	2	3	4	5
Fazer sexo anal	1	2	3	4	5
Receber sexo anal	1	2	3	4	5
Estimulação com vibrador	1	2	3	4	5
Outros. Quais?					

Qual(is) a(s) posição(ções) sexual(is) que você mais GOSTAVA de fazer durante a relação sexual, ANTES da lesão medular?

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

( ) ( ) ( ) ( ) ( ) Outras. Quais?

_____

_____

_____

Comportamento Sexual: o que você FAZIA relacionado à atividade sexual

Você tinha vida sexual ativa ANTES da lesão medular? 0. ( ) Não 1. ( ) Sim

Com que idade você teve a primeira atividade sexual com uma parceira _____.

Quanto tempo você teve de vida sexual ativa ANTES da lesão medular (em meses e anos)? _____.

Qual a sua freqüência sexual ANTES da lesão medular?

0.( )Nunca
1.( )Uma vez por mês
2.( )Uma vez a cada 15 dias
3.( )Uma vez por semana
4.( )Duas vezes por semana
5.( )Três vezes por semana
6.( )Quatro vezes por semana
7.( )Cinco vezes por semana
8.( )Seis vezes por semana
9.( )Todos os dias
10.( ) Mais de uma vez por dia

Quantas parceiras sexuais você teve ANTES da lesão medular? _____.

Quem mais comumente tomava a iniciativa de começar a relação sexual?

0. ( ) Eu mesmo. 1. ( ) Minha namorada/parceira. 2. ( ) Nós dois na mesma proporção.

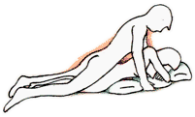
Antes da relação sexual, você FAZIA atividades sexuais preliminares, ANTES da lesão medular?

1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

ANTES da lesão medular, quais das atividades abaixo você REALIZAVA durante a relação sexual? Responda a todas as questões conforme a freqüência:

	Nunca	**Raramente**	**Às vezes**	**Quase Sempre**	**Sempre**
Beijos	1	2	3	4	5
Abraços	1	2	3	4	5
Receber sexo oral	1	2	3	4	5
Fazer sexo oral	1	2	3	4	5
Penetração (pênis – vagina)	1	2	3	4	5
Masturbar-se	1	2	3	4	5
Masturbar a parceira	1	2	3	4	5
Ser masturbado pela parceira	1	2	3	4	5
Toques íntimos	1	2	3	4	5
Fazer sexo anal	1	2	3	4	5
Receber sexo anal	1	2	3	4	5
Estimulação com vibrador	1	2	3	4	5
Outros. Quais?					

Qual(is) a(s) posição(ções) sexual(is) que você mais REALIZAVA durante a relação sexual?

( )
( ) 
( )
( )
( )

( )
( )
( )
( )
( ) Outras. Quais?
_____
_____
_____

Você e sua parceira UTILIZAVAM algo (brincadeiras, fantasia, fetichismo, sadomasoquismo, objeto como velas, acessórios como lingerie ou outros) em sua prática sexual ?

1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

O que?_____.

Função Sexual: refere-se ao desejo sexual e a resposta sexual da excitação e do orgasmo

Pense em você e responda a todas as questões abaixo, atribuindo uma nota de 0 a 10:

Quanto você considerava a sua vontade de fazer sexo (desejo sexual), ANTES da lesão medular?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade mediana			Muita vontade			Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considerava a sua excitação sexual, ANTES da lesão medular?

Nada excitado	Pouco excitado			Mais ou menos excitado			Muito excitado			Totalmente excitado
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você consegue dizer qual a intensidade do seu orgasmo, ANTES da lesão medular?

Nada intenso	Pouco intenso			Mais ou menos intenso			Muito intenso			Totalmente intenso
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Agora, pense na sua parceira e responda a todas as questões abaixo, atribuindo uma nota de 0 a 10:

Quanto você acha que conseguia deixar a sua parceira com vontade de fazer sexo (desejo sexual), ANTES da lesão medular?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade mediana			Muita vontade			Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considerava que excitava sexualmente a sua parceira, ANTES da lesão?

Não excitava	Excitava pouco			Excitava mais ou menos			Excitava muito			Excitava demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você consegue dizer qual a intensidade do orgasmo da sua parceira, ANTES da lesão medular?

Nada intenso	Pouco intenso			Mais ou menos intenso			Muito intenso			Intenso demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Prazer Sexual: prazer proporcionado pela atividade sexual

Da escala de 0 a 10 abaixo, o quanto o sexo era prazeroso para você ANTES da lesão medular?

Nada prazeroso	**Pouco prazeroso**			**Mais ou menos prazeroso**			**Muito prazeroso**			**Totalmente prazeroso**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANTES da lesão medular, quais as regiões do seu corpo que lhe proporcionavam mais prazer?

( ) Boca	( ) Orelha	( ) Mamilo	( ) Virilha	( ) Pernas
( ) Rosto	( ) Axila	( ) Barriga	( ) Pênis	( ) Pé
( ) Cabelo	( ) Braço	( ) Costas	( ) Testículos	( ) Outros_____
( ) Pescoço	( ) Peito	( ) Nádegas	( ) Ânus	_____.

Satisfação Sexual: o quanto me sinto satisfeito com a minha vida sexual

Quanto você se considerava satisfeito sexualmente, ANTES da lesão medular?

Não estou satisfeito	**Pouco satisfeito**			**Mais ou menos satisfeito**			**Muito satisfeito**			**Totalmente satisfeito**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você acha que satisfazia sexualmente a sua parceira, ANTES da lesão medular?

Não satisfazia	**Satisfazia pouco**			**Satisfazia mais ou menos**			**Satisfazia muito**			**Satisfazia totalmente**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você se preocupava em satisfazer-se sexualmente e/ou a sua companheira?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Satisfazer-me					
Satisfazer à parceira					

Qualidade de Vida Sexual: como eu me sentia em relação à minha vida sexual

Da escala abaixo, quanto o sexo era importante na sua vida ANTES da lesão medular?

Nada Importante	**Pouco Importante**			**Importante**			**Muito Importante**			**Totalmente Importante**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considerava seu desempenho sexual ANTES da lesão medular?

Péssima	**Ruim**			**Regular/Boa**			**Ótima**			**Excelente**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considerava a qualidade dos seus relacionamentos sexuais ANTES da lesão medular?

Nada	**Baixa**			**Média**			**Alta**			**Muito Alta**
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BLOCO IV → ATIVIDADE SEXUAL *DEPOIS* DA LESÃO MEDULAR

Por favor, pense na sua vida sexual ATUAL e responda a todas as questões do Bloco IV.

Orientação Sexual: o que eu GOSTO relacionado à atividade sexual

Pense na sua vida sexual DEPOIS da lesão medular e responda: Quanto você gosta de sexo?

Não gosto	Gosto pouco			Gosto			Gosto muito			Gosto demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Antes da relação sexual, você FAZ atividades sexuais preliminares, ATUALMENTE?

1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

ATUALMENTE, quais das atividades abaixo você GOSTA de fazer ou de receber?

	Não gosto	Gosto pouco	Gosto	Gosto muito	Gosto demais
Beijos	1	2	3	4	5
Abraços	1	2	3	4	5
Receber sexo oral	1	2	3	4	5
Fazer sexo oral	1	2	3	4	5
Penetração (pênis – vagina)	1	2	3	4	5
Masturbar-se	1	2	3	4	5
Masturbar a parceira	1	2	3	4	5
Ser masturbado pela parceira	1	2	3	4	5
Toques íntimos	1	2	3	4	5
Fazer sexo anal	1	2	3	4	5
Receber sexo anal	1	2	3	4	5
Estimulação com vibrador	1	2	3	4	5
Outros. Quais?					

Qual(is) a(s) posição(ções) sexual(is) que você mais GOSTA de fazer durante a relação sexual ATUALMENTE?

( ) ( ) ( ) ( ) ( )

( ) ( ) ( ) ( )

( ) Outras. Quais?
_____
_____
_____

Comportamento Sexual: o que eu FAÇO relacionado à atividade sexual

ATUALMENTE, você tem vida sexual ativa? 0.( ) Não 1.( ) Sim **Há quanto tempo?** _____.

Quantos meses ou anos após a lesão medular você teve a sua primeira experiência sexual? _____.

Com quem foi? _____. Qual foi? _____.

Você já se envolveu sexualmente com profissional da saúde? 0.( ) Não 1.( ) Sim

Qual a sua freqüência sexual DEPOIS da LM?

0.( )Nunca
1.( )Uma vez por mês
2.( )Uma vez a cada 15 dias
3.( )Uma vez por semana
4.( )Duas vezes por semana
5.( )Três vezes por semana
6.( )Quatro vezes por semana
7.( )Cinco vezes por semana
8.( )Seis vezes por semana
9.( )Todos os dias
10.( ) Mais de uma vez por dia

Quantos parceiros sexuais você teve DEPOIS da lesão medular? _____.

Quem mais comumente toma a iniciativa de começar a relação sexual?
0. ( ) Eu mesmo. 1. ( ) Minha/meu namorada(o)/parceira(o). 2. ( ) Nós dois na mesma proporção.

HOJE EM DIA, antes da relação sexual você FAZ atividades sexuais preliminares?
1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

HOJE EM DIA, quais das atividades sexuais abaixo você REALIZA? Responda conforme a freqüência:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Beijos	1	2	3	4	5
Abraços	1	2	3	4	5
Receber sexo oral	1	2	3	4	5
Fazer sexo oral	1	2	3	4	5
Penetração (pênis – vagina)	1	2	3	4	5
Masturbar-se	1	2	3	4	5
Masturbar a parceira	1	2	3	4	5
Ser masturbado pela parceira	1	2	3	4	5
Toques íntimos	1	2	3	4	5
Fazer sexo anal	1	2	3	4	5
Receber sexo anal	1	2	3	4	5
Estimulação com vibrador	1	2	3	4	5
Outros. Quais?					

ATUALMENTE, você acha que é possível fazer sexo sem penetração? 0.( ) Não 1.( ) Sim

Qual(is) a(s) posição(ções) sexual(is) que você mais REALIZA durante a relação sexual?

( )
( )
( )
( )
( )
( )
( )
( )
( )
( ) Outras. Quais?
_____
_____
_____

Você e sua parceira UTILIZAM algo (brincadeiras, fantasia, fetichismo, sadomasoquismo, objeto como velas, acessórios como lingerie ou outros) em sua prática sexual?
1.( ) Nunca 2.( ) Raramente 3.( ) Às vezes 4.( ) Quase Sempre 5.( ) Sempre

O que?_____.

Função Sexual: refere-se ao desejo sexual e a resposta sexual da excitação e do orgasmo

Pense em você e responda a todas as questões abaixo, atribuindo uma nota de 0 a 10:

Quanto você considera a sua vontade de fazer sexo, ATUALMENTE?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade mediana			Muita vontade			Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considera a sua excitação sexual, nos DIAS DE HOJE?

Nada excitado	Pouco excitado			Mais ou menos excitado			Muito excitado			Totalmente excitado
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você consegue dizer qual a intensidade de seu orgasmo, DEPOIS da lesão medular?

Nada intenso	Intensidade baixa			Intensidade média			Intensidade alta			Intensidade muito alta
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Agora, pense na sua parceira e responda a todas as questões abaixo, atribuindo uma nota de 0 a 10:

Quanto você acha que desperta a vontade da sua parceira de fazer sexo, ATUALMENTE?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade mediana			Muita vontade			Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considera que excita sexualmente a sua parceira, DEPOIS da lesão medular?

Não excitava	Excitava pouco			Excitava mais ou menos			Excitava muito			Excitava Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você consegue dizer qual a intensidade do orgasmo da sua parceira, nos DIAS ATUAIS?

Nada intenso	Intensidade baixa			Intensidade média			Intensidade alta			Intensidade muito alta
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÓS a lesão medular, você consegue ter ereção espontânea?

( ) apenas com estimulação manual (quando toca no pênis)
( ) apenas com estímulo mental (quando pensa ou vê algo que excita)
( ) com estímulo manual **e** mental
( ) Não tenho ereção
( ) Não sei se tenho ereção

ATUALMENTE, você utiliza algo (medicamento, acessórios) para obter ou manter a ereção?

0.( ) Não 1.( ) Sim **O que?** _____.

ATUALMENTE, a sua ereção dura quanto tempo sem auxílio de medicamentos ou de outros acessórios?

0.( )segundos 1.( )até 5 min. 2.( )entre 5 e 10 min. 3.( ) 10 a 30 min. 4.( ) 30 a 60 min. 5. ( ) + de 1 hora

E como você considera esse tempo de duração:

( ) Menos que o necessário para a atividade sexual.
( ) O necessário para a atividade sexual.
( ) Mais que o necessário para a atividade sexual.

E com o auxílio de medicamentos ou de outros acessórios?
0.( )segundos 1.( )até 5 min. 2.( )entre 5 e 10 min. 3.( ) 10 a 30 min. 4.( ) 30 a 60 min. 5. ( ) + de 1 hora

E como você considera esse tempo de duração:
( ) Menos que o necessário atividade sexual. ( ) O necessário para atividade sexual. ( ) Mais que o necessário para atividade sexual

ATUALMENTE, a sua ereção sem auxílio de medicamentos ou de outros dispositivos é rígida o suficiente para realizar penetração? 0.( ) Não 1.( ) Sim

E com o auxílio de medicamentos ou de outros dispositivos? 0.( ) Não 1.( ) Sim

DEPOIS da lesão medular, você consegue ejacular?
( ) Não ( ) Sim, diferente de antes da lesão ( ) Sim, como antes da lesão medular ( ) Não sei
Explique _____.

DEPOIS da lesão medular, você consegue obter orgasmo?
( ) Não ( ) Sim, diferente de antes da lesão ( ) Sim, como antes da lesão medular ( ) Não sei
Explique _____.

DEPOIS da lesão medular, o seu orgasmo é acompanhado de ejaculação?
0. ( ) Não 1. ( ) Sim 2. ( ) Não sei

Prazer Sexual: prazer proporcionado pela atividade sexual

Da escala de 0 a 10 abaixo, o quanto o sexo é prazeroso para você ATUALMENTE?

Nada prazeroso	Pouco prazeroso			Mais ou menos prazeroso			Muito prazeroso			Totalmente prazeroso
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DEPOIS da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe trazem/proporcionam prazer?

( ) Boca	( ) Orelha	( ) Mamilo	( ) Virilha	( ) Pernas
( ) Rosto	( ) Axila	( ) Barriga	( ) Pênis	( ) Pé
( ) Cabelo	( ) Braço	( ) Costas	( ) Testículos	( ) Outros_____
( ) Pescoço	( ) Peito	( ) Nádegas	( ) Ânus	_____.

Satisfação Sexual: o quanto me sinto satisfeito com a minha vida sexual

De 0 a 10, quanto você considera a sua satisfação sexual DEPOIS da lesão medular?

Não estou satisfeito	Pouco satisfeito			Mais ou menos satisfeito			Muito satisfeito			Totalmente satisfeito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você acha que satisfaz sexualmente a sua parceira, DEPOIS da lesão medular?

Não satisfaço	Satisfaço pouco			Satisfaço mais ou menos			Satisfaço muito			Satisfaço totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você se preocupa em satisfazer-se sexualmente e/ou a sua companheira?

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Satisfazer-me					
Satisfazer à parceira					

Adaptação Sexual: como me adaptei ou ajustei à sexualidade após a lesão medular

Quanto você acha que se ajustou ou adaptou sexualmente após a lesão medular?

Nada	Pouco			Médio			Muito			Totalmente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O que você fez para adaptar-se melhor à vida sexual _____
_____

Em seu lar há alguma adaptação física que facilite a prática sexual _____
_____

Aconselhamento Sexual: orientações, conselhos ou dicas relacionados ao sexo

Você ou sua parceira recebeu alguma orientação ou aconselhamento sexual APÓS a lesão medular?
0.( ) Não 1. ( ) Sim. **Onde?**_____ **Quem aconselhou?** _____

Você acha importante receber orientação ou aconselhamento sexual APÓS a lesão medular?

Não acho importante	Pouco importante			Mais ou menos importante			Muito importante			Totalmente importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Você acha que alguma orientação ou reabilitação sexual melhoraria a qualidade da sua vida sexual?

Não melhoraria	Melhoraria um pouco			Melhoraria mais ou menos			Melhoraria muito			Melhoraria Demais
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Qualidade de Vida Sexual: como eu me sentia em relação à minha vida sexual

Da escala abaixo, quanto o sexo é importante na sua vida, ATUALMENTE?

Nada Importante	Pouco Importante			Importante			Muito Importante			Totalmente Importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ATUALMENTE, como você considera seu desempenho sexual?

Péssima	Ruim			Regular/Bom			Ótimo			Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como você considera a qualidade do seu relacionamento sexual?

Nada	Baixa			Média			Alta			Muito Alta
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você considera a sua reinserção social?

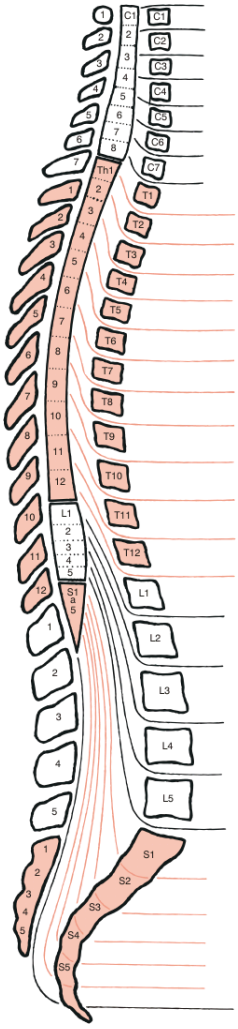
Não me reinseri				Me reinseri em parte			Me reinseri totalmente			
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

O que poderia melhorar a sua vida sexual? _____
_____
_____.

Você já ouviu falar em Reabilitação Sexual? 0.( ) Não 1.( ) Sim

O que você esperaria da Reabilitação Sexual?_____
_____
_____

Para responder à questão nível da lesão medular, observe o desenho abaixo.
Nas extremidades estão as vértebras e no centro está a medula. Onde ocorreu a sua lesão?
Por favor, marque com um X no DESENHO o local da sua lesão e indique o nível:



( ) O local que eu informei é na vértebra (NÍVEL ESQUELÉTICO).

( ) O local que eu informei é na medula (NÍVEL NEUROLÓGICO).