

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

Sexualidade na Lesão Medular

Dissertação de Mestrado

ALINE KNEPPER MENDES BAASCH

FLORIANÓPOLIS/ 2008/ 2

ALINE KNEPPER MENDES BAASCH

Sexualidade na Lesão Medular

Dissertação de Mestrado

Trabalho apresentado à Coordenadoria de Pós Graduação do Mestrado de Ciências do Movimento Humano no Centro de Ciência e da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina, para obtenção do título de mestre em Ciências do Movimento Humano, linha Desenvolvimento Humano sob orientação do Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso.

FLORIANÓPOLIS/ 2008/ 2

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE – CEFID
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

Sexualidade na Lesão Medular

Dissertação de Mestrado

**ELABORADA POR
Aline Knepper Mendes Baasch**

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso (UDESC)
Orientador / Presidente**

**Prof^ª. Dr^ª. Olga Regina Zigelli Garcia (UFSC)
Membro**

**Prof. Dr. Dennis Werner (Convidado)
Membro**

**Prof^ª. Dr^ª. Stella Maris Michaelsen (UDESC)
Membro**

RESUMO

MENDES BAASCH, A. K. **Sexualidade na Lesão Medular**: Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – UDESC, 2008. 267f.

O presente estudo objetivou avaliar a influência da lesão medular na Prática, Orientação, Satisfação e Resposta sexuais de homens e mulheres (Estudo 1) e também avaliar o nível de conhecimento, atitude, aproximação e conforto de profissionais da saúde sobre a reabilitação sexual na lesão medular (Estudo 2). No estudo 1 participaram 144 sujeitos (110 homens e 34 mulheres) com lesão medular traumática. Já no estudo 2, participaram 132 sujeitos (34 homens e 98 mulheres), sendo que destes, 33 fisioterapeutas, 36 psicólogos, 32 médicos e 31 enfermeiros. Foram utilizados dois instrumentos: o Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM) para o estudo 1, e a Escala de Sexualidade para Conhecimento, Conforto, Aproximação e Atitudes (KCAASS) para o estudo 2. Para cumprir os objetivos propostos nos dois estudos, utilizou-se os seguintes testes estatísticos: Teste t para amostras independentes; Teste U de Mann-Whitney; Teste de correlação de Spearman e Teste Kruskal-Wallis. Em nossos achados houve diminuição da satisfação sexual em homens e mulheres após a lesão medular, porém nos homens, essa diminuição foi significativa estatisticamente. O desejo sexual dos homens foi afetado negativamente, pois entre eles houve diminuição após a lesão. Já entre as mulheres houve incremento do desejo. A lubrificação vaginal, o tempo de lubrificação, a ereção peniana, o tempo de ereção e a ejaculação também diminuíram após a lesão. Vimos que nos homens o orgasmo, a intensidade do orgasmo e ainda a excitação sexual diminuíram significativamente após a lesão. O exercício físico não gerou diferença nas variáveis da sexualidade. O aconselhamento sexual em nível adequado atingiu poucas pessoas. Por fim, vimos que os profissionais da saúde, embora lidem frequentemente com questões da sexualidade, não estão preparados devidamente para isso. Não importa se em relação ao conforto, à abordagem, ao conhecimento ou ainda à atitude, precisam de incremento.

Palavras-chave: Sexualidade Humana, Lesão Medular, Reabilitação Sexual.

ABSTRACT

MENDES BAASCH, A. K. **Sexuality in Spinal Cord Injury**: Master Dissertation. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – UDESC, 2008. 267f.

This study aimed to assess the influence of spinal cord injury in the Sexual Practice, Sexual Orientation, Sexual Satisfaction and Sexual Response of men and women (Study 1). It also aimed to assess the level of knowledge, attitude, approximation and comfort of health professionals concerning sexual rehabilitation within the spinal cord injury (Study 2). Study 1 involved 144 subjects (110 men and 34 women) with traumatic spinal cord injury. Study 2 involved 132 subjects (34 men and 98 women): 33 physiotherapists, 36 psychologists, 32 physicians and 31 nurses. Two instruments were used: the Questionnaire of Human Sexuality in Spinal Cord Injury (QSH-LM) to Study 1, and the Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale (KCAASS) for the Study 2. To meet Study 1 and Study 2 objectives, the following statistical tests were used: t test for independent samples; Mann-Whitney U test; Spearman's Rank Correlation test and Kruskal-Wallis test. In our findings there was a decrease in sexual satisfaction in men and women after the spinal cord injury, but in men this decrease was statistically significant. Men's sexual desire was affected negatively, because between them there was a decrease after the injury. Among women there was an increase of desire. Vaginal lubrication, lubrication timing, penile erection, erection timing and ejaculation also decreased after injury. We saw that in men the orgasm, the orgasm intensity and the sexual arousal decreased significantly after the injury. Physical exercise generated no difference in the variables of sexuality. Sexual counseling at an appropriate level reached few people. Finally, we saw that health professionals, although dealing frequently with issues of sexuality, are not properly prepared for that. Whether in relation to comfort, approach, knowledge or attitude, need to increase.

Keywords: Human Sexuality, Spinal Cord Injury, Sexual Rehabilitation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação da lesão medular em dois planos.....	30
Figura 2 – Lesões medulares incompletas e localização do ferimento.....	32
Figura 3 – Estrutura da Identidade de Gênero/Papel segundo Money.....	41
Figura 4 – Resposta Sexual Masculina.....	46
Figura 5 – Resposta Sexual Feminina – Modelo Linear.....	47
Figura 6 – Resposta Sexual Feminina – Modelo Circular.....	48
Figura 7 – Resposta Sexual Feminina – Modelo Não Linear.....	49
Figura 8 – Correlações existentes nas diferentes categorias profissionais.....	219
Figura 9 – Correlações existentes entre todas as categorias profissionais.....	220

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Incidência de Lesão Medular Traumática.....	29
Tabela 2 – Escala para Avaliação Sensitiva – ASIA.....	35
Tabela 3 – Músculos Chave – ASIA.....	36
Tabela 4 – Escala para avaliação motora – ASIA.....	36
Tabela 5 – Escala de deficiência da ASIA para extensão da lesão e Escala de Frankel.....	37
Tabela 6 – Caracterização geral dos sujeitos de pesquisa.....	68
Tabela 7 – Caracterização da lesão medular dos sujeitos de pesquisa.....	71
Tabela 8 – Correlações de Homens PRÉ-lesão – Idade / Escolaridade.....	72
Tabela 9 – Correlações de Homens PRÉ-lesão – Religiosidade / Sexualidade.....	73
Tabela 10 – Correlações de Homens PÓS-lesão – Religiosidade / Sexualidade.....	74
Tabela 11 – Correlações de Homens PÓS-lesão – Idade / Escolaridade / Tempo de lesão medular...	76
Tabela 12 – Correlações de Mulheres PRÉ-lesão – Escolaridade.....	77
Tabela 13 – Correlações de Mulheres PRÉ-lesão – Religiosidade / Sexualidade.....	78
Tabela 14 – Correlações de Mulheres PÓS-lesão – Religiosidade / Sexualidade.....	79
Tabela 15 – Correlações de Mulheres PÓS-lesão – Idade / Escolaridade / Tempo de lesão medular.	80
Tabela 16 – Homem sexual X Homem romântico PRÉ-lesão medular.....	82
Tabela 17 – Homem sexual X Homem romântico PÓS-lesão medular.....	83
Tabela 18 – Homem romântico X Mulher romântica PRÉ-lesão medular.....	84
Tabela 19 – Homem romântico X Mulher romântica PÓS-lesão medular.....	85

Tabela 20 – Correlações de Homens PRÉ-lesão – Importância do amor e do sexo.....	86
Tabela 21 – Correlações de Homens PÓS-lesão – Importância do amor e do sexo.....	87
Tabela 22 – Correlações de Mulheres PRÉ-lesão – Importância do sexo.....	88
Tabela 23 – Correlações de Mulheres PÓS-lesão – Importância do Sexo e do Amor.....	88
Tabela 24 – Homens X Mulheres – Prática sexual PRÉ-lesão medular.....	93
Tabela 25 – Homens X Mulheres – Prática sexual PÓS-lesão medular.....	94
Tabela 26 – Prática sexual de homens e mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.....	95
Tabela 27 – Homens X Mulheres – Atividades pessoais PRÉ-lesão.....	96
Tabela 28 – Homens X Mulheres – Atividades do parceiro PRÉ-lesão.....	97
Tabela 29 – Homens X Mulheres – Atividades pessoais PÓS-lesão.....	98
Tabela 30 – Homens X Mulheres – Atividades do parceiro PÓS-lesão.....	99
Tabela 31 – Homens - Atividades que realizavam PRÉ e PÓS-lesão medular.....	100
Tabela 32 – Mulheres - Atividades que realizavam PRÉ e PÓS-lesão medular.....	101
Tabela 33 – Homens - Atividades que percebiam que seus parceiros gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão medular.....	102
Tabela 34 – Mulheres - Atividades que percebiam que seus parceiros gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão medular.....	103
Tabela 35 – Correlações com a Prática sexual de Homens PRÉ-lesão.....	104
Tabela 36 – Correlações com a Prática sexual de Homens PÓS-lesão.....	105
Tabela 37 – Correlações com a Prática sexual de Mulheres PRÉ-lesão.....	106
Tabela 38 – Correlações com a Prática sexual de Mulheres PÓS-lesão.....	107
Tabela 39 – Nível de satisfação sexual – Homens X Mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular....	118
Tabela 40 – Nível de satisfação sexual de Homens e Mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão....	119
Tabela 41 – Correlações de Satisfação Sexual em Homens PRÉ-lesão.....	120

Tabela 42 – Correlações de Satisfação Sexual em Homens PÓS-lesão.....	121
Tabela 43 – Correlações de Satisfação Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.....	122
Tabela 44 – Correlações de Satisfação Sexual em Mulheres PÓS-lesão.....	123
Tabela 45 – Nível de Desejo sexual – Homens X Mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.....	130
Tabela 46 – Nível de Desejo sexual de Homens e Mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão.....	131
Tabela 47 – Atividades que os participantes gostavam de receber PRÉ-lesão.....	132
Tabela 48 – Atividades que os participantes gostavam de receber PÓS-lesão.....	133
Tabela 49 – Atividades que as mulheres gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão.....	134
Tabela 50 – Atividades que os homens gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão.....	135
Tabela 51 – Correlações de Desejo Sexual em Homens PRÉ-lesão.....	136
Tabela 52 – Correlações de Desejo Sexual em Homens PÓS-lesão.....	137
Tabela 53 – Correlações de Desejo Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.....	138
Tabela 54 – Correlações de Desejo Sexual em Mulheres PÓS-lesão.....	138
Tabela 55 – Erotismo - Características dos participantes.....	144
Tabela 56 – Resposta Sexual Feminina – Lubrificação vaginal.....	151
Tabela 57 – Resposta Sexual Masculina – Ereção e Ejaculação.....	152
Tabela 58 – Resposta Sexual – Orgasmo e Excitação sexual de homens e mulheres.....	153
Tabela 59 – Orgasmo e Excitação em homens e mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão.....	154
Tabela 60 – Áreas de Prazer de Homens e mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.....	155
Tabela 61 – Áreas de prazer de Mulheres – PRÉ X PÓS-lesão.....	156
Tabela 62 – Áreas de prazer de Homens – PRÉ X PÓS-lesão.....	157
Tabela 63 – Correlações de Excitação Sexual em Homens PRÉ-lesão.....	158
Tabela 64 – Correlações para Ereção em Homens PRÉ-lesão.....	159
Tabela 65 – Correlações de Ejaculação Sexual em Homens PRÉ-lesão.....	159

Tabela 66 – Correlações de Excitação Sexual em Homens PÓS-lesão.....	160
Tabela 67 – Correlações para Ereção em Homens PÓS-lesão.....	161
Tabela 68 – Correlações de Ejaculação Sexual em Homens PÓS-lesão.....	161
Tabela 69 – Correlações para Excitação Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.....	162
Tabela 70 – Correlações de Lubrificação vaginal em Mulheres PRÉ-lesão.....	162
Tabela 71 – Correlações para Excitação Sexual em Mulheres PÓS-lesão.....	163
Tabela 72 – Correlações de Lubrificação vaginal em Mulheres PÓS-lesão.....	163
Tabela 73 – Aconselhamento sexual PÓS-lesão medular.....	174
Tabela 74 – Correlações para o Aconselhamento sexual em Homens PÓS-lesão.....	175
Tabela 75 – Correlações para o Aconselhamento sexual em Mulheres PÓS-lesão.....	175
Tabela 76 – Ajuste e Adaptação sexuais em homens e mulheres PÓS-lesão.....	180
Tabela 77 – Correlações para Ajuste sexual Físico/Psicológico e Adaptação sexual em Homens PÓS-lesão.....	181
Tabela 78 – Correlações para Ajuste sexual Físico/Psicológico e Adaptação sexual em Mulheres PÓS-lesão.....	182
Tabela 79 – Nível da lesão medular feminina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais....	188
Tabela 80 – Nível da lesão medular masculina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais..	189
Tabela 81 – Tipo de lesão medular masculina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais...	190
Tabela 82 – Tipo de lesão medular feminina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.....	191
Tabela 83 – Resposta sexual Feminina X Tipo de lesão medular.....	192
Tabela 84 – Resposta sexual Masculina X Tipo de lesão medular.....	192
Tabela 85 – Lesão medular completa – Homens X Mulheres.....	193
Tabela 86 – Lesão medular Incompleta – Homens X Mulheres.....	194
Tabela 87 – Paraplegia e Tetraplegia femininas X prática, satisfação, orientação e resposta	

sexuais.....	195
Tabela 88 – Paraplegia e Tetraplegia masculinas X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.....	196
Tabela 89 – Resposta sexual Feminina X Paraplegia/Tetraplegia.....	197
Tabela 90 – Resposta sexual Masculina X Paraplegia/Tetraplegia.....	197
Tabela 91 – Paraplegia – Homens X Mulheres.....	198
Tabela 92 – Tetraplegia – Homens X Mulheres.....	199
Tabela 93 – Atividade Física Feminina X Prática, satisfação, orientação e resposta sexuais..	206
Tabela 94 – Atividade Física Masculina X Prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.	207
Tabela 95 – Praticantes de atividade física – Homens X mulheres.....	208
Tabela 96 – Não praticantes de atividade física – Homens X mulheres.....	209
Tabela 97 – Correlações para prática de Atividade física em Homens PÓS-lesão.....	210
Tabela 98 – Correlações para prática de Atividade física em Mulheres PÓS-lesão.....	210
Tabela 99 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa – Estudo 2.....	214
Tabela 100 – Conhecimento específico X Categorias profissionais.....	215
Tabela 101 – Nível de Atitude X Categorias profissionais.....	216
Tabela 102 – Nível de Conforto X Categorias profissionais.....	217
Tabela 103 – Nível de conforto com a Abordagem X Categorias profissionais.....	217

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. Problema.....	15
1.2. Objetivos.....	17
1.2.1. Objetivo Geral.....	17
1.2.2. Objetivos Específicos.....	17
1.3. Justificativa.....	19
1.4. Hipóteses.....	20
1.4.1. Hipótese Geral.....	20
1.4.2. Hipóteses Específicas.....	20
1.5. Variáveis.....	21
1.5.1. Definição conceitual e operacional.....	21
1.6. Delimitação do Estudo.....	23
1.7. Limitação do Estudo.....	23
1.8. Definição de Termos.....	24
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1. A LESÃO MEDULAR.....	25
2.1.1. Aspectos Gerais.....	25
2.1.2. Fisiopatologia da lesão medular.....	27
2.1.3. Causas da lesão medular.....	28
2.1.4. Classificação da lesão medular.....	29
2.1.5. O Choque Medular.....	33
2.1.6. Classificação das Lesões Medulares pela ASIA – American Spinal Injury Association.....	34
2.1.7. Conseqüências da lesão medular.....	38
2.2. SEXUALIDADE HUMANA.....	39
2.2.1. Aspectos gerais.....	39
2.2.2. Componentes da Sexualidade.....	41

2.2.2.1. Prática Sexual.....	41
2.2.2.2. Orientação Sexual.....	42
2.2.2.3. Resposta Sexual Feminina e Masculina.....	43
2.2.2.4. Satisfação Sexual.....	49
2.3. SEXUALIDADE NA LESÃO MEDULAR.....	50
2.3.1. Aspectos gerais.....	50
2.3.2. Resposta Sexual na Lesão Medular.....	53
2.4. PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	56
2.4.1. Atitudes.....	56
2.4.2. Conhecimento.....	57
2.4.3. Competências, Habilidades e Capacidades.....	57
2.4.4. Formação e avaliação profissional.....	58
3. METODOLOGIA.....	61
3.1. Características da Pesquisa.....	61
3.2. Sujeitos de Pesquisa.....	61
3.2.1. Critérios para Inclusão e Exclusão no Estudo.....	62
3.2.1.1. Inclusão.....	62
3.2.1.2. Exclusão.....	62
3.3. Instrumentação.....	63
3.4. Coleta de Dados.....	63
3.5. Tratamento Estatístico.....	64
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
ESTUDO 1.....	67
4.1. Objetivo 1 – Resultados e Discussão.....	67
4.2. Objetivo 2 – Resultados.....	82
4.3. Objetivo 2 – Discussão.....	89
4.4. Objetivo 3 – Resultados.....	93
4.5. Objetivo 3 – Discussão.....	108
4.6. Objetivo 4 – Resultados.....	118
4.7. Objetivo 4 – Discussão.....	123
4.8. Objetivo 5 – Resultados.....	130
4.9. Objetivo 5 – Discussão.....	139
4.10. Objetivo 5 – Adaptação do Erotismo após a Lesão Medular.....	144
4.11. Objetivo 6 – Resultados.....	150

4.12. Objetivo 6 – Discussão.....	164
4.13. Objetivo 7 – Resultados.....	173
4.14. Objetivo 7 – Discussão.....	175
4.15. Objetivo 8 – Resultados.....	180
4.16. Objetivo 8 – Discussão.....	182
4.17. Objetivo 9 – Resultados.....	187
4.18. Objetivo 9 – Discussão.....	200
4.19. Objetivo 11 – Resultados.....	205
4.20. Objetivo 11 – Discussão.....	210
ESTUDO 2.....	214
4.21. Objetivo 1 – Resultados.....	214
4.22. Objetivo 2 – Resultados.....	215
4.23. Objetivo 3 – Resultados.....	216
4.24. Objetivo 4 – Resultados.....	216
4.25. Objetivo 5 – Resultados.....	217
4.26. Resultados Correlacionais.....	218
4.27. Discussão.....	220
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	226
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	231
APÊNDICE.....	243

1. INTRODUÇÃO

1.1. Problema

À primeira vista, a perda da realização sexual pode parecer uma consequência minoritária da lesão medular quando confrontada com a profunda perda de autonomia ocasionada pela paralisia, mas tal perda é muito valorizada por homens e mulheres ativos e saudáveis, sobretudo no tocante à auto-estima e à necessidade de oferecer suporte e afeto ao parceiro(a), cujo papel pode ser vital (KELLETT, 1990)

A manutenção da vida sexual depois de uma lesão medular trata-se de uma prioridade para muitas das pessoas afetadas. Felizmente ao longo dos anos mais pesquisas têm sido conduzidas não mais focadas apenas nos problemas da disfunção erétil nos homens. As mulheres começaram a ser também objeto de estudo, inicialmente motivado pela fertilidade e reprodução, mas agora também, motivado pela satisfação sexual das mesmas. No entanto, pacientes com similar diagnóstico médico para um determinado tipo de lesão medular têm demonstrado diferentes níveis de readaptação do comportamento sexual (SIPSKI, 2004).

Estudos têm mostrado que pessoas com severos níveis de deficiência física têm a auto-estima e o nível de satisfação sexual significativamente muito baixo acompanhado de altos níveis de depressão em relação àquelas pessoas com comprometimento físico moderado (McCABE e TALEPOROS, 2003). Phelps et al. (2001) sugerem que a satisfação sexual do parceiro, a qualidade da relação e o desejo sexual são indicadores significantes para medir a satisfação sexual de pacientes com lesão medular.

A população com lesão medular recebe uma grande atenção à maioria de suas limitações, mas isso não ocorre, rotineiramente, com suas alterações sexuais. A literatura internacional apresenta um considerável número de estudos enfatizando as dificuldades e as inabilidades pós

lesão medular, mas o mesmo não ocorre com a literatura nacional. Alguns trabalhos como de Alves, Guedes e Alves (1999) e também de Ishibashi, Olivieri e Costa (2005) começaram a levantar possíveis dados sobre a realidade de homens e mulheres com lesão medular no Brasil, mas ainda sem um número satisfatório de participantes e também com conclusões que geraram mais curiosidade sobre o tema. Embora o número de estudos com a temática da sexualidade na lesão medular em português seja limitado, a falta de conhecimento do próprio paciente com lesão medular nos leva a acreditar que talvez haja uma falta de comunicação entre o meio acadêmico e a sociedade, pois existem excelentes trabalhos internacionais com informações preciosas que não chegam aos maiores interessados: homens e mulheres com lesão medular e seus familiares e companheiros.

Além disso os estudos sobre a sexualidade das pessoas com lesão medular ficam muito focados à algum aspecto da sexualidade isoladamente – comportamento, OU desejo, OU resposta, OU satisfação sexual – deixando de lado a possibilidade desses próprios fatores estarem afetando uns aos outros. Para conseguirmos dados que correspondam mais verdadeiramente a realidade abordada, precisamos estudar todos esses componentes concomitantemente. Da mesma forma, é importante compreendermos o que ocorre nas duas fases sexuais mais importantes da vida do sujeito, ou seja, antes da lesão medular (pré-lesão) e depois da lesão medular (pós-lesão). Somente dessa forma poderemos entender o que é afetado diretamente pela lesão medular e o que é resquício de uma sexualidade problemática sem o componente do trauma medular. Alexander, Sipski e Findley (1993) e também Sipski e Alexander (1993) realizaram nos EUA um estudo semelhante ao proposto aqui: trabalharam com homens e mulheres o desejo, a satisfação e as práticas sexuais pré e pós lesão medular. Seus dados forneceram subsídios importantes para o desenvolver da pesquisa aqui apresentada. Dois pontos em sua pesquisa foram decisivos para a realização do presente estudo: o pequeno número de participantes conseguido por eles e também a distância cultural entre o Brasil e os EUA.

A partir do exposto aqui, questiona-se: **quais as alterações ocorridas na sexualidade de homens e mulheres ao compararmos os períodos pré e pós-lesão medular?**

Um outro ponto que merece ser destacado é referente ao preparo dos profissionais da saúde para lidar com as questões da sexualidade após a lesão medular. As pessoas com lesão medular, assim como seus parceiros, recebem um aconselhamento sexual muito superficial sobre o que pode ser feito no que diz respeito a sua sexualidade (GOTT et al, 2004; STOKES e MEARS, 2000; HUMPHREY e NAZARETH, 2001). Muitas vezes eles desconhecem possíveis

intercorrências que podem vir a se tornar uma situação constrangedora, dificultando ainda mais a prática sexual com um parceiro.

A necessidade de treinamento e aprofundamento teórico de profissionais da saúde na área da reabilitação sexual de pessoas com lesão medular recebe pouca atenção até a atualidade, o que é um grande problema, visto que eles são as pessoas mais “aptas” a responderem os questionamentos e anseios dos pacientes com lesão medular. Com o passar do tempo de tratamento dos pacientes que sofrem a lesão, e também com o aumento da proximidade entre terapeutas e pacientes, as dúvidas sobre assuntos tabus começam a angariar espaço nas discussões rotineiras. O que ocorre, em muitos casos, é uma frustração do paciente ao não ter suas dúvidas sobre sua sexualidade sanadas, por timidez do profissional, por falta de conhecimento sobre o tema ou ainda por falta de habilidade em lidar com a situação.

Baseado no que foi apresentado, questiona-se: **qual o nível de conhecimento, abordagem, atitude e conforto sobre sexualidade após a lesão medular entre os profissionais da saúde?**

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos Gerais

Estudo 1 – Avaliar a influência da lesão medular na Prática, Orientação, Satisfação e Resposta sexuais de homens e mulheres.

Estudo 2 – Avaliar o nível de conhecimento, atitude, abordagem e conforto de profissionais da saúde sobre a reabilitação sexual na lesão medular.

1.2.2. Objetivos Específicos

Objetivos específicos referentes ao Estudo 1:

- 1) Descrever o **perfil** de homens e mulheres pré e pós lesão medular;

- 2) Verificar e comparar o **perfil afetivo-sexual** dos participante com o nível de **satisfação**, nível de **excitação**, nível de **desejo**, nível de **ajuste** e **freqüência sexuais** pré e pós lesão medular em homens e mulheres;
- 3) Identificar e comparar a **prática sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 4) Identificar e comparar a **satisfação sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 5) Identificar e comparar a **orientação sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 6) Identificar e comparar a **resposta sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 7) Verificar o nível do **aconselhamento sexual** recebido por homens e mulheres pós-lesão medular;
- 8) Verificar o nível do **ajuste sexual** de homens e mulheres pós-lesão medular;
- 9) Comparar **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pós-lesão, com os diferentes **níveis e tipos de lesão medular** em homens e mulheres.
- 10) Conhecer as correlações existentes para as variáveis **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pré e pós-lesão medular em homens e mulheres.
- 11) Verificar e comparar o nível de **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pós-lesão medular em homens e mulheres praticantes ou não de atividade física.

Objetivos específicos referentes ao Estudo 2:

- 1) Descrever o **perfil** dos profissionais da saúde participantes do estudo;
- 2) Verificar o nível de **conhecimento** dos profissionais da saúde sobre a sexualidade na lesão medular;
- 3) Verificar a **atitude** dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular;
- 4) Verificar o nível de **conforto** dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular;
- 5) Verificar o nível de conforto dos profissionais da saúde frente à **abordagem** sexual dos pacientes após a lesão medular.

1.3. Justificativa

Propiciar às pessoas com lesão medular um ambiente especializado que possa abranger as suas diversas limitações é função principal dos profissionais da saúde. Por isso disponibilizar à pessoa com lesão medular e seus familiares acesso à profissionais aptos a responderem seus anseios acerca da sexualidade remanescente pós-lesão é fundamental para uma boa adaptação sexual. Para tanto, inicialmente precisa-se conhecer a sexualidade das pessoas que passaram pela experiência de uma limitação grande como a lesão medular para que então seja proposto um programa de reabilitação para reverter ou modificar a situação **sexual** apresentada pelos lesionados medulares e seus companheiros. Savall (2008) em estudo com homens lesionados medulares veteranos iniciou muito bem essa busca, embora a população feminina não tenha sido estudada. A autora levantou diversas limitações e sugeriu meios para que a reabilitação sexual possa ser realizada respeitando as mudanças causadas pela lesão medular.

Com o desenvolvimento da presente pesquisa, haverá um benefício direto à população feminina e masculina de lesionados medulares que se encontra desamparada de conhecimento sobre as mudanças em sua vida sexual. Será possível formular respostas baseadas em evidências vividas por um grupo de pessoas na mesma situação. Além disso, possibilitará uma maior objetividade no tratamento do paciente, permitindo que os profissionais que trabalham com eles tenham um rumo concreto na resolução das questões que surgirão com o passar do tempo e a maior intimidade entre paciente e terapeuta. Conhecer a sexualidade de pessoas com lesão medular de forma ampla, abrangendo seus diversos componentes (Prática, Orientação, Satisfação e Resposta sexuais) dentro do contexto brasileiro e tornar público esse conhecimento tão íntimo, é a contribuir para o esclarecimento, e em muitos casos, para a readaptação de um núcleo familiar perdido em meio à tantas mudanças após o trauma. Por outro lado haverá um enriquecimento da literatura nacional que é bastante escassa na temática da sexualidade na lesão medular.

Por fim, estudar um campo novo e com poucas pessoas especializadas no assunto abrirá um mercado de trabalho para fisioterapeutas e demais profissionais da saúde tornando-os aptos a esclarecer dúvidas sobre a sexualidade de homens e mulheres na lesão medular.

1.4. Hipóteses

1.4.1. Hipótese Geral

Estudo 1 – A lesão medular modifica Prática, Orientação, Satisfação e Resposta sexuais de homens e mulheres.

Estudo 2 – Os níveis de conhecimento, atitude, aproximação e conforto na reabilitação sexual após a lesão medular são diferentes entre os profissionais da saúde.

1.4.2. Hipóteses Específicas

Hipóteses específicas referentes ao Estudo 1:

- 1) H1 – Homens e mulheres têm diferentes perfis pré e pós lesão medular.
- 2) H2 – Homens e mulheres com diferentes perfis afetivos-sexuais terão diferentes níveis de satisfação sexual, excitação sexual, desejo sexual, ajuste sexual e frequência sexual pré e pós lesão medular.
- 3) H3 – Homens e mulheres têm diferentes prática sexuais pré e pós lesão medular.
- 4) H4 – Homens e mulheres têm diferentes níveis de satisfação sexual pré e pós lesão medular.
- 5) H5 – Homens e mulheres têm diferentes orientações sexuais pré e pós lesão medular.
- 6) H6 – Homens e mulheres têm diferentes respostas sexuais pré e pós lesão medular.
- 7) H7 – Homens e mulheres receberam diferentes níveis de aconselhamento sexual após a lesão medular.
- 8) H8 – Homens e mulheres apresentaram diferentes níveis de ajuste sexual após a lesão medular.
- 9) H9 – Diferentes níveis e tipos de lesão medular em homens e mulheres geram diferenças na prática, satisfação, orientação e resposta sexuais após a lesão medular.
- 10) H10 – Existem correlações entre prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pré e pós-lesão medular em homens e mulher.
- 11) H11 – Homens e mulheres praticantes de atividade física têm maiores níveis de prática, satisfação, orientação e resposta sexuais após a lesão medular.

Hipóteses específicas referentes ao Estudo 2:

- 1) H1 – Os profissionais da saúde participantes do estudo têm diferentes perfis;
- 2) H2 – Os profissionais da saúde participantes do estudo têm diferentes níveis de conhecimento sobre a reabilitação sexual da pessoa com lesão medular;
- 3) H3 – Os profissionais da saúde participantes do estudo têm diferentes atitudes frente às situações que podem ocorrer na reabilitação sexual após a lesão medular;
- 4) H4 – Os profissionais da saúde participantes do estudo têm diferentes níveis de conforto frente às situações que podem ocorrer na reabilitação sexual após a lesão medular;
- 5) H5 – Os profissionais da saúde participantes do estudo têm diferentes níveis de aproximação frente ao tema reabilitação sexual após a lesão medular.

1.5. Variáveis

Variáveis referentes ao Estudo 1:

- **Variável Independente:** Lesão medular
- **Variável Dependente:** Sexualidade – Prática, orientação, satisfação e resposta.

Variáveis referentes ao Estudo 2:

- **Variável Independente:** Profissionais da saúde
- **Variável Dependente:** Reabilitação sexual – Conhecimento, atitude, conforto e aproximação.

1.5.1. Definição conceitual e operacional

- **Lesão Medular:** variável independente sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (2001) como uma condição onde a pessoa experimenta significativo desvio ou perda de sua função ou estrutura corpórea que resulta em limitações nas atividades físicas. A lesão medular será verificada a partir do auto-relato do participante da pesquisa.

- **Sexualidade:** variável dependente que engloba, neste estudo, quatro componentes distintos - Prática, orientação, satisfação e resposta sexuais. Medida a partir das respostas dos participantes no Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM) (APÊNDICE A).
- **Idade cronológica:** variável controle definida como número de anos, tempo decorrido desde o nascimento (LUFT, 1984). Verificada a partir de dados baseados no auto-relato do paciente através de questionário.
- **Sexo biológico:** variável controle definida como sexo homem (genital = pênis) e mulher (genital = vagina). Medida através da questão: “Sexo: () Homem, () Mulher” contida na anamnese anexada ao QSH-LM (APÊNDICE A), preenchida pelo próprio sujeito participante.
- **Atividade sexual:** variável controle definida como estado ativo sexual, ação referente a sexualidade (FERREIRA, 1975). Medida através da seguinte questão do instrumento QSH-LM: “Você tinha (tem) vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) antes da lesão medular? () não () sim” questionada em dois momentos, pré e pós-lesão.
- **Termos religiosos e sexuais:** variável controle definida como nível de educação religiosa e sexual. Medida através das seguintes questões do instrumento QSH-LM: “Em termos de religiosidade, como você se considera?” e “Como você se auto-avaliaria em termos de sexualidade?”, com resposta expressa em escala numérica do tipo likert, variando de 0 (extremamente conservador) a 10 (extremamente liberal) no instrumento QSH-LM.
- **Atividade física:** variável controle definida como qualquer movimento corporal realizado pela musculatura esquelética, que leve a um gasto energético acima do repouso (REIS, PETROSKI e LOPES, 2000). Medida através da seguinte questão do instrumento QSH-LM: “Quantas vezes por semana você pratica atividade física ou esportiva?” com resposta em escala likert variando de 0 (nenhuma vez por semana) a 7 (sete vezes por semana).
- **Parceiro sexual:** variável controle definida como igual, semelhante, par, companheiro referente ao sexo (FERREIRA, 1975). Disponibilidade de parceiros para o sexo. Medida através da seguinte questão do instrumento QSH-LM: “Quantos(as) parceiros(as) sexuais diferentes você teve antes (depois) da lesão medular? _____ (em média caso não saiba ao certo)” questionada em dois momentos, pré e pós-lesão.

1.6. Delimitação do Estudo

Delimitação do Estudo 1:

Homens e mulheres, maiores de 18 anos, com diagnóstico de lesão medular traumática, sem déficit de cognitivo. A pesquisa ocorreu durante 17 meses, a partir do dia 1º de Março de 2007, até 31 de Julho de 2008, sendo que a coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 01 de Maio de 2008 e 5 Julho de 2008.

Delimitação do Estudo 2:

Homens e mulheres, também maiores de 18 anos, com formação de nível superior em Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem ou Medicina. A pesquisa ocorreu durante 17 meses, a partir do dia 1º de Março de 2007, até 31 de Julho de 2008, sendo que a coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 01 de Abril de 2007 e 01 de Abril de 2008.

1.7. Limitação do Estudo

O Estudo 1 foi limitado pelos seguintes pontos:

- Não aceitação de alguns lesionados medulares contactados em participar da pesquisa, o que resultou em diminuição do número de participantes interferindo no poder de generalização dos resultados;
- Tamanho da população com lesão medular, em especial feminina, além da dificuldade de localizar esses indivíduos;
- Desistência por parte do lesionado medular de participar da pesquisa, o que resultou em diminuição do número de participantes da pesquisa interferindo no poder de generalização dos resultados;
- Dificuldade de verificação das prováveis mudanças na vida sexual dos lesionados medulares, o que pôde levar a desconconsideração de algo importante, comprometendo assim os resultados da pesquisa;

- Dificuldade dos participantes em responder um questionário sobre sexualidade, o que pôde implicar na obtenção de informações não verdadeiras no estudo;
- Respostas não verdadeiras no questionário aplicado, o que pôde comprometer os resultados do estudo gerando dados não verdadeiros.

O Estudo 2 foi limitado pelos seguintes pontos:

- Não aceitação de alguns profissionais da saúde contactados para participar da pesquisa, o que resultou em diminuição do número de participantes interferindo no poder de generalização dos resultados;
- Desistência por parte dos profissionais da saúde de participar da pesquisa, o que resultou em diminuição do número de participantes da pesquisa;
- Dificuldade de verificação das prováveis diferenças entre os profissionais da saúde, o que pôde levar a desconconsideração de algo importante;
- Respostas não verdadeiras no questionário aplicado, o que pôde comprometer os resultados do estudo gerando dados não verdadeiros.

1.8. Definição de Termos

- Prática sexual: aquilo que se faz no sexo em termos de comportamento (CARDOSO 1996).
- Resposta Sexual: resposta ao estímulo sexual humano dividida em quatro fases: fase de excitação, fase platô, fase de orgasmo e fase de resolução (MASTERS & JOHNSON, 1984).
- Satisfação sexual: ato ou efeito de satisfazer-se; contentamento, alegria, deleite (relativo ao sexo) (FERREIRA, 1975).
- Orientação sexual: aquilo que se prefere fazer no sexo (CARDOSO, 1996).
- Lesão Medular: é um insulto da medula espinhal que pode resultar em alterações das funções motoras, sensoriais e autonômicas normais (DELISA, 2002).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Estudar e conhecer a sexualidade de lesionados medulares é fundamental para a reabilitação dessas pessoas. Para se compreender a complexidade do tema desse estudo faz-se necessário o conhecimento de diversos pontos, desde conceitos básicos de lesão medular, tipos, causas e classificações, até comparações entre a sexualidade de pessoas sem uma deficiência física e pessoas com uma deficiência física – lesão medular. Para alcançar o objetivo de familiarização do tema, será apresentada a seguir, uma breve revisão de literatura permitindo uma reflexão sobre a lesão medular, a sexualidade humana e ainda a sexualidade na lesão medular.

2.1. A LESÃO MEDULAR

2.1.1. Aspectos gerais

A medula espinhal pode ser considerada de fundamental importância para vários sistemas biológicos por controlar ou ser mediadora de diferentes funções fisiológicas de um indivíduo. Ela é o principal caminho para transmissão de informações entre o cérebro e os nervos que se dirigem aos músculos, à pele, aos órgãos internos e às glândulas (SENE, 2003; GUYTON, 1993). Conhecer como ocorre o funcionamento da medula espinhal como condutora de informações nos permite compreender o tamanho do comprometimento ocorrido em cada indivíduo no caso de uma lesão na medula espinhal. Havendo qualquer comprometimento na medula espinhal, podemos imaginar que haverá uma consequência na troca de informações entre o cérebro e os sistemas do corpo. Essa perda de continuidade causada na medula espinhal será a responsável pelas limitações que cada pessoa com a lesão apresentará.

A **lesão medular** é definida pela Organização Mundial da Saúde (2001) como *uma condição onde a pessoa experimenta significativo desvio ou perda de sua função ou estrutura corpórea que resulta em limitações nas atividades físicas*. De forma mais específica, ela resultará em alterações nas funções motoras, sensoriais e/ou autônomas do indivíduo – incluindo aqui as limitações na sua sexualidade (DELISA, 2002).

Segundo dados da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente) - São Paulo, a lesão medular vem aumentando significativamente nas últimas décadas e estima-se que 30 a 40 pessoas/milhão/ano sofrem lesão medular (VIVEIROS, 2006). Portanto, em um país com 186.770.562 de habitantes residentes (Segundo estimativas do IBGE para 2006), temos entre 5603 a 7471 novos casos de lesão medular por ano.

Um outro estudo realizado nos hospitais brasileiros em 1997 e em 1998, e publicado no ano 2001, mostrou que existem 942 novos casos de lesão medular por mês e 11.304 novos casos por ano. O estudo apresentou uma taxa de prevalência estimada em 180 mil indivíduos com lesão medular no país. Segundo o autor do estudo, ao compararmos esses números com a literatura internacional a incidência de lesão medular no Brasil é maior que a estimativa média mundial (MASINI, 2001).

Um dado muito importante sobre lesão medular no Brasil é o da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, onde no ano 2000 44% das pessoas internadas estavam em tratamento em decorrências de lesões medulares, sendo que 68,2% delas apresentavam lesão completa (grave acometimento, conforme veremos nesse mesmo item da revisão de literatura). Além disso, a Rede Sarah e também a AACD mostraram em seus dados que os indivíduos acometidos são em sua maioria do sexo masculino e com idade média de 25 anos. Burt (2004) também relata que a lesão medular é mais freqüente em adultos jovens, especialmente com idades entre 18 a 24 anos, com a sugestão de um segundo pico entre 55 a 74 anos, devido às quedas ao chão.

Segundo Sekhon e Fehlings (2001), a incidência anual de lesão medular, em vários países ao redor do mundo, é de 15 a 40 novos casos por milhão, com causas variando desde acidentes automobilísticos até atividades recreativas e lesões relacionadas ao trabalho. Nesse estudo há uma estimativa de 12000 novos casos de paraplegia e tetraplegia nos Estados Unidos a cada ano, onde 4000 destes morrem antes de alcançar o hospital e 1000 morrem durante a hospitalização. Go, DeVivo e Richards (1995) citado por Burt (2004) revelaram que a incidência de lesão medular na América é de 30-40 casos/milhão de habitantes. Já em Portugal, a incidência é de 57,8 casos/milhão de habitantes, enquanto no Japão esse número diminui para 40,2 casos/milhão de

habitantes (Martins et al, 1998 citado por Burt, 2004). Segundo Burt (2004) há predominância de homens, em todo o mundo (por exemplo, em Portugal: 3,4 homens para cada mulher com lesão medular e no Japão, 4 homens para cada mulher).

2.1.2. Fisiopatologia da lesão medular

A **fisiopatologia** da lesão medular é um outro ponto que precisa ser compreendido. Conhecendo o que ocorre com a medula no momento do trauma, podemos entender de onde surge o quadro clínico da lesão medular. No momento do acometimento na medula espinal existem dois tipos de lesões, as primárias e as secundárias.

A **lesão primária** envolve o ferimento mecânico inicial (até 8 horas após o trauma) devido à deformação do local e a transferência (transformação) de energia cinética que ocorre na medula espinal no momento do ferimento, portanto, irreversível. Isso pode ocorrer devido à compressão rápida; deslocamento do osso fraturado ou em explosão; distração aguda da medula espinal; aceleração-desaceleração (“chicote” quando ocorre colisão por trás no carro); lacerações por objetos penetrantes; compressão tumoral e etc (BALENTINE, HOGAN e BANIK, 1985; HALL ED e BRAUGLER, 1982 citados por DEFINO, 1999).

Já a **lesão secundária**, com conceitos dos mecanismos descritos por Allen em 1911, decorre de uma cascata de eventos oriundos da lesão primária:

- alterações vasculares (incluindo a isquemia);
- perda da autoregulação;
- choque espinal ou neurogênico;
- perda da microcirculação e vasoespasmo;
- trombose;
- transtorno eletrolítico como o aumento do cálcio intracelular, aumento do potássio extracelular e acúmulo de sódio intracelular;
- acúmulo de neurotransmissores;
- edema, inflamação, etc.

Segundo Burt (2004) , além do apresentado acima, a principal causa da lesão secundária é o manuseio à medula espinal relacionado à fixação da lesão óssea.

Esses problemas associados à lesão primária causarão a lesão secundária da medula espinhal, que pode ser prevenida, bem como, reversível (BALENTINE, HOGAN e BANIK, 1985; HALL ED e BRAUGLER, 1982 citados por DEFINO, 1999).

2.1.3. Causas da lesão medular

Um ponto de destaque para se discutir as lesões medulares é a **causa do insulto**. Sekhon e Fehlings (2001), afirmam que as causas da lesão medular variam, claramente, entre os países, assim como acontece em regiões dentro de um país e também entre comunidades rurais e urbanas. Existe ainda a tendência de associar-se lesão medular com traumas, porém, aproximadamente, um terço das lesões pode ser causado por outros agentes, e dentre esses, pelo menos metade decorre de processos tumorais (LIANZA, et. al, 2001).

Podemos dividir as causas da lesão medular em dois grandes grupos: traumáticas e não traumáticas.

As **lesões traumáticas** podem ocorrer por compressão ou contusão, sendo mais comum em adultos jovens do sexo masculino. Também podem ocorrer após ferimento penetrante por arma branca ou arma de fogo, fratura com deslocamento, acidentes automobilísticos, mergulhos e quedas (SENE, 2003; PALMER e TOMS, 1988).

Em pesquisa feita por Sekhon e Fehlings (2001), os acidentes de trânsito foram responsáveis por 40 à 50% dos casos de lesão nos EUA. No Brasil, segundo a rede SARAH de hospitais de reabilitação e também a AACD – São Paulo, os maiores responsáveis pelas lesões medulares são os acidentes de trânsito e as armas de fogo (Tabela1).

Segundo Burt (2004) as principais causas da lesão são os acidentes automobilísticos, quedas de alturas ou do próprio nível, acidentes esportivos e, em algumas culturas, lesões ocasionadas por violência intencional. A composição e as características da lesão refletem as circunstâncias dos países ao redor do mundo. Nos países economicamente desenvolvidos, acidentes automobilísticos apresentam uma proporção maior do que nas regiões menos desenvolvidas. Na Índia e em Bangladesh as quedas de alturas são as causas mais comuns de lesão. Em Bangladesh, o segundo maior grupo é daqueles que, ao se deslocar, caem enquanto carregavam coisas pesadas sobre suas cabeças, lesionando a coluna cervical (Hoque, Grangeon, Reed 1999, apud Burt, 2004).

Dados do American Model System indicam que 15% dos pacientes sofrem lesão em virtude de violência (Go, DeVivo, Richards 1995, apud Burt, 2004). A violência intencional é

aproximadamente 20 vezes mais comum em homens do que em mulheres, além disso, ferimentos ocasionados por violência produzem uma alta proporção de lesões incompletas, tais como a Síndrome de Brown Séquard (explicada mais a frente), na qual metade da medula espinhal é lesada. Lesões relacionadas a esportes se apresentam em várias modalidades, tais como natação, equitação, trampolim, rúgbi e ginástica (Burt, 2004).

As **lesões não traumáticas** são de origem patológica, como por exemplo, compressão tumoral, abscesso extradural, infecções, malformações, doenças degenerativas. Outra causa comum são as disfunções vasculares que resultam de trombose em vasos da medula, um êmbolo ou hemorragia (SENE, 2003; PALMER e TOMS, 1988). Existem ainda as causas congênitas como a mielomeningocele, sífilis e doenças como esclerose múltipla (PALMER e TOMS, 1988).

Tabela 1: Incidência de Lesão Medular Traumática

Causas da Lesão	Incidência (%)	Incidência (%)	Incidência (%)
	Brasil/AACD ¹	Brasil/SARAH ²	EUA ³
Acidentes de Trânsito	33,9	31	40 – 50
Violência (Arma de Fogo)	37	30	10 – 25
Quedas	-	21	20
Esportes (Mergulho)	-	6,5	10 – 25
Outros	-	11,5	10 – 25

Fonte: AACD¹ (2006); Rede SARAH² (2000); SEKHON E FEHLINGS³ (2001).

2.1.4. Classificação da lesão medular

Após compreendermos o que causou a lesão podemos iniciar o processo de **classificação das lesões medulares**. Para isso, primeiramente, é preciso lembrar que existe uma diferença entre o nível ósseo da coluna vertebral e os níveis medulares correspondentes.

No embrião, todos os nervos espinhais emergem lateralmente, mas ao 4º mês de vida intra-uterina ocorre uma mudança na apresentação desses nervos. Isso ocorre em decorrência da coluna vertebral apresentar um nível de crescimento mais veloz que o da medula espinhal. Com isso haverá um deslocamento dos segmentos vertebrais em relação aos locais de emergência. Na

região caudal essa diferença é bastante evidente, visto que as raízes nervosas descem praticamente verticais dentro do canal vertebral, ante de emergirem pelo forame espinhal. Por conta desse crescimento desigual entre medula espinhal e coluna vertebral temos o término da medula espinhal humana ao nível das vértebras lombares L1 e L2. (DORETTO, 2001).

Apesar da diversidade de causas de lesões medulares, o quadro clínico será semelhante em todas elas, desde que o **nível da lesão medular** e o **grau de comprometimento** desse mesmo nível sejam semelhantes (Figura 1).

Quando falamos em nível da lesão medular e grau de comprometimento desse nível medular, estamos entrando nas classificações das lesões. Ao nível da lesão medular chamaremos de “*grau de lesão no plano longitudinal*” (vertical), da mesma forma, chamaremos o grau de comprometimento desse mesmo nível de “*grau de lesão no plano transversal*” (horizontal) (LIANZA et al, 2001; ATRICE et al., 2004).

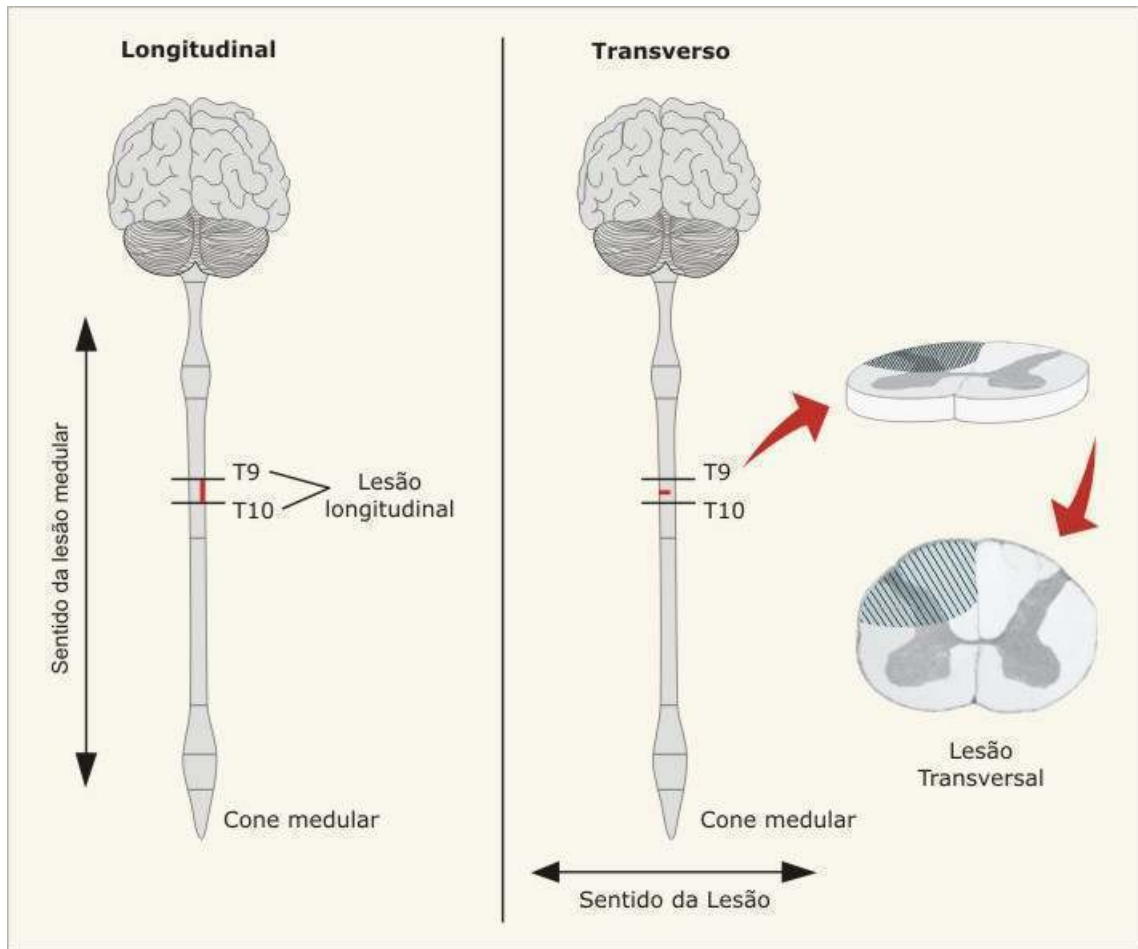


Figura 1: Classificação da lesão medular em dois planos. Fonte: www.saudeeducacao.ufsc.br (Desenvolvimento, MENDES AK, 2007; Execução, FERNANDES, LS, 2007).

O **grau de lesão no plano longitudinal** nos dará os segmentos medulares que foram acometidos, ou seja, segmento C2-C3, T12-L1, e etc. Dentro do plano longitudinal é importante ressaltar que existe ainda uma terminologia bastante difundida: paraplegia e tetraplegia (ou quadriplegia) (LIANZA et al, 2001; ATRICE et al., 2004).

A **tetraplegia** é o nome dado às lesões do segmento cervical até o nível medular T1. Nessas lesões as extremidades superiores, inferiores e o tronco serão acometidos. A **paraplegia** é o nome dado às lesões no segmento T2 e abaixo dele. Ela acometerá o tronco (ou parte dele) e as extremidades inferiores (SANVITO, 2000; ATRICE et al., 2004).

O **grau de lesão no plano transversal** nos dará duas outras subdivisões muito importantes: lesões completas e incompletas. As lesões são ditas **completas** quando todas as estruturas medulares no plano transversal são comprometidas. Nesse caso haverá ausência total de função sensorial e/ou motora no segmento sacral mais baixo (S4-S5). Nas lesões **incompletas** teremos comprometimento de algumas estruturas medulares, deixando outras funcionantes. Nesse caso haverá preservação parcial de função sensorial/motora abaixo do nível neurológico e no segmento sacral mais baixo (S4-S5).

As lesões chamadas incompletas são classificadas através da localização do ferimento na medula espinhal. Para que seja possível uma melhor compreensão das peculiaridades de cada tipo de lesão medular incompleta, elas serão apresentadas a seguir (ATRICE et al, 2004; DORETTO, 2001):

☞ **Síndrome Centro-Medular:** ocorre geralmente na região cervical e muitas vezes em pacientes que já apresentavam canal cervical estreito que associado a um processo degenerativo das articulações acaba por lesar a medula pelo movimento de hiperextensão cervical. Por afetar mais a região cervical, o comprometimento maior é nos membros superiores, mas em geral, o acometimento dos membros inferiores leva a incapacidade de caminhar. A alteração sensitiva não é importante. Além desses sintomas, a síndrome produz ainda reduzida sensação sacral (figura 2).

☞ **Síndrome Medular Anterior:** há comprometimento dos dois terços anteriores da medula, que se manifesta por déficit motor e sensitivo abaixo do nível da lesão, sendo que a sensibilidade profunda (vibratória e noção da posição de partes do corpo no espaço) está preservada. Essa síndrome sugere uma compressão anterior da

medula como a associada a hérnias de disco traumáticas ou a lesões isquêmicas secundárias (figura 2).

☞ **Hemissecção Medular** (ou síndrome de Brown-Séquard): é causada pela secção funcional de metade da medula. Isto resulta em alteração motora e proprioceptiva do mesmo lado da lesão e alteração da sensibilidade para dor e temperatura do lado oposto. Esta síndrome é frequentemente associada com um funcionamento normal do intestino e da bexiga e não impede a marcha ainda que com ajuda de órteses (figura 2).

☞ **Síndrome Medular Posterior:** nessa síndrome o cordão posterior sofre lesão fazendo com que a propriocepção corporal seja comprometida. A sensibilidade à dor, o tato e a função motora estão preservados. Por afetar a propriocepção haverá um distúrbio da marcha com alargamento da base e também do tipo talonante (levantar excessivo das pernas para em seguida projetá-las sobre o solo tocando o calcanhar no chão). Quando a lesão afetar a região cervical comprometerá a destreza dos membros superiores (com piora do quadro ao impedir o contato visual) (figura 2).

☞ **Síndrome do Cone Medular:** síndrome que ocorre geralmente com lesão no nível ósseo de T12-L1, lesando cone medular e raízes nervosas lombares. Essa lesão resulta em incontinência fecal, vesical, e alteração da função sexual.

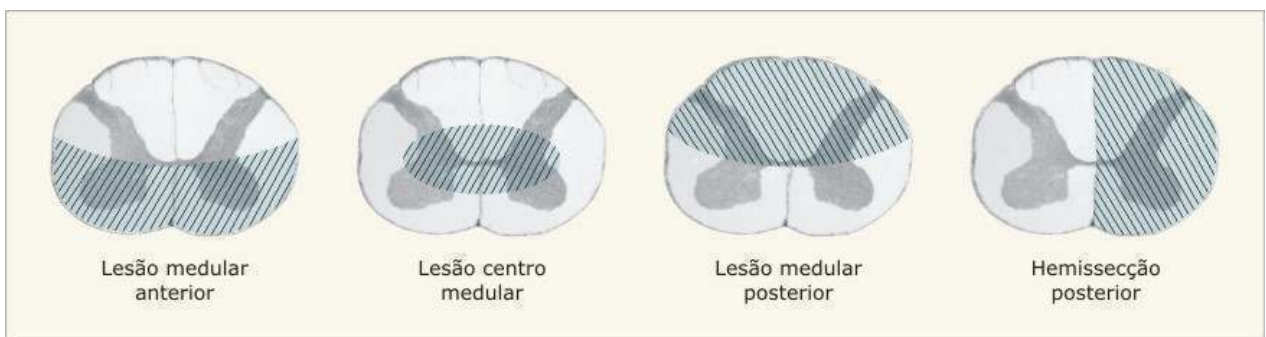


Figura 2: Lesões medulares incompletas e localização do ferimento. Fonte: www.saudeeducacao.ufsc.br

2.1.5. O Choque Medular

Existe também um conceito importante nos casos de lesão medular, é o **Choque Medular**. Ele, juntamente com a classificação da lesão medular, interferirá no grau de severidade das lesões medulares, ou seja, quanto maior o tempo de choque medular, mais severa será a lesão medular.

O **Choque Medular** foi descrito em 1850 por MarshallHall, e é causado pela interrupção das fibras ascendentes e descendentes (motoras, sensitivas e autônomas), comprometendo temporariamente a atividade reflexa, paralisando a musculatura e levando a perda da sensibilidade abaixo do nível da lesão. Isso significa que todas as funções da medula, inclusive os reflexos medulares, são de imediato quase completamente bloqueadas (GUYTON e HALL, 1998).

A arreflexia é um sinal imediato após a lesão aguda. A paralisia flácida total abaixo da lesão (voluntária e involuntária), perda da sensibilidade, retenção de urina e fezes, a pressão arterial sangüínea que cai imediatamente, são também sinais de choque medular (KINGSLEY, 2001; MACHADO, 1999). Comumente, os reflexos tendinosos e muitos dos reflexos cutâneos, tais como o reflexo cremastérico ficarão ausentes, mas Ko et al (1999) citado por Burt (2004) descobriram que a ausência total de todos os reflexos na parte isolada da medula foi observada em apenas 8% dos casos.

A duração do choque medular varia de dias a algumas semanas. O estudo de Ko et al (1999) citado por Burt (2004) revelou que 40% das lesões completas recuperaram movimentos espasmódicos de tornozelo por volta do terceiro dia pós-lesão. Já o aparecimento de sensibilidade parcial em segmentos sacrais baixos pode ser o único sinal presente indicando que alguma recuperação pode ocorrer. O reflexo vasomotor e o esvaziamento da bexiga e dos intestinos retornam mais rapidamente (KINGSLEY, 2001). Em seguida reaparecem os movimentos reflexos, que se tornam exagerados, o sinal de Babinski¹, e não sendo a lesão completa, os feixes medulares preservados recomeçam a mandar suas informações. Mais tarde o tônus muscular aumenta especialmente nos músculos flexores e esfíncteres (KINGSLEY, 2001; MACHADO, 1999).

¹ Sinal de Babinski é um sinal patológico no adulto que caracteriza a síndrome do neurônio motor superior (MACHADO, 1999). A expressão do teste ocorre com extensão do hálux provocada pela estimulação margem lateral da região plantar do pé (SANVITO, 2000).

A resposta do extensor plantar tende a ser obtida com mais antecedência nas lesões incompletas do que nas completas. A apresentação de algum movimento voluntário em até 72h após a lesão é um bom sinal prognóstico. Quando o choque medular acaba, a flacidez inicial nas pernas desaparece e o tônus muscular aumenta. A flacidez permanecerá em lesões em neurônios motores baixos associadas a danos permanentes na cauda eqüina (Burt, 2004).

Esse conhecimento é riquíssimo para a equipe de reabilitação, pois assim pode-se compreender a série de alterações que ocorrerão até mesmo durante o tratamento proposto, caso este seja realizado num pequeno período de pós lesão.

2.1.6. Classificação das Lesões Medulares pela ASIA – *American Spinal Injury Association*

Compreender e classificar as lesões medulares ainda é um passo grande a ser dado em direção ao esclarecimento nessa área. Apesar da grande dificuldade de homogeneizar as classificações utilizadas pelos diversos profissionais da saúde, e também de encontrar uma classificação que abrace o contexto completo de uma lesão, há uma grande necessidade de todos os que trabalham com lesão medular de se definir como será feita a classificação. Por isso, a Associação Americana de Lesões de Coluna (ASIA) desenvolveu, em 1992, padrões para a avaliação e classificação neurológica do traumatismo raquimedular ou lesão medular, avaliação que apresenta, no momento, grande aceitação em nível mundial (DEFINO, 1999).

Os padrões envolvem somente o exame físico, não fazendo parte deles aqueles que utilizam imagens. O exame básico envolve as funções motoras e sensitivas. Com a coleta desses dados, pode-se então determinar o nível da lesão e especificar a sua extensão (DELISA, 2002).

A Tetraplegia refere-se a lesões que envolvem os membros superiores e a Paraplegia diz respeito a lesões abaixo da inervação dos membros superiores. Pela classificação da ASIA, uma lesão incompleta é aquela na qual existe sensação perineal, sensação anal profunda e preservação da função voluntária do esfíncter anal (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

A avaliação neurológica é baseada na sensibilidade e na função motora, e possui uma etapa compulsória, na qual é determinado o nível da lesão neurológica, o nível motor e o nível sensitivo, e obtêm-se números que, em conjunto, fornecem um escore. A outra etapa é opcional (avaliação da sensibilidade profunda, propriocepção, dor profunda) e não participa na formação

do escore, mas acrescenta importantes informações na avaliação clínica dos pacientes (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

O exame da sensibilidade é realizado por meio da avaliação da sensibilidade tátil e dolorosa do paciente, pesquisada nos 28 dermatomos (área da pele inervada por axônios sensitivos dentro de cada nervo segmentar) de ambos os lados, atribuindo-se uma avaliação numérica de acordo com o achado clínico (tabela 2).

Tabela 2: Escala para Avaliação Sensitiva – ASIA.

0	Ausente
1	Deficiente (sensação parcial ou alterada, incluindo hiperestesia)
2	Normal
3	Não testável

Fonte: DELISA, 2002.

O esfíncter anal externo deve ser também examinado por meio da introdução do dedo do examinador no orifício anal, com a finalidade de determinar-se se a lesão é completa ou incompleta (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

A avaliação da função motora é realizada por meio da avaliação de ambos os lados, de músculos denominados “músculos chaves” (tabela 3) em 10 pares de miótomos (grupo de fibras musculares inervadas pelos axônios motores dentro de cada nervo segmentar), e a força muscular graduada de acordo com a escala da tabela 4 (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

Adicionalmente ao exame dos 10 pares de miótomos mencionados, o esfíncter anal externo deve ser também examinado para se avaliar a sua capacidade de contração voluntária, que auxilia na diferenciação da lesão incompleta ou completa (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

O somatório dos diferentes valores numéricos referentes à força motora, sensibilidade tátil e sensibilidade dolorosa dá origem a escores, cujo valor máximo é 100 para o referente à avaliação motora e 112 para avaliação sensitiva.

Tabela 3: Músculos Chave – ASIA.

C5	Flexores do cotovelo
C6	Extensores do punho
C7	Extensores do cotovelo
C8	Flexores do dedo (falanges média e distal)
T1	Abdutores (dedo mínimo)
L2	Flexores do quadril
L3	Extensores do joelho
L4	Dorsiflexores do tornozelo
L5	Extensor longo dos dedos
S1	Flexores plantares do tornozelo

Fonte: DELISA, 2002.

Tabela 4: Escala para avaliação motora – ASIA.

0	Paralisia total
1	Contração visível ou palpável.
2	Movimento ativo, ADM total com eliminação da gravidade.
3	Movimento ativo, ADM total contra a gravidade.
4	Movimento ativo, ADM total contra resistência moderada.
5	(normal) Movimento ativo, ADM total contra máxima resistência.
NT	Não testável.

Fonte: DELISA, 2002.

A avaliação da deficiência é baseada na escala de Frankel et al., que foi modificada pela ASIA e consiste em 05 graus de incapacidade (tabela 5) (DELISA, 2002; DEFINO, 1999).

Tabela 5: Escala de deficiência da ASIA para extensão da lesão e Escala de Frankel.

Escala ASIA		
A	<u>Completa</u>	Nenhuma função sensorial ou motora nos segmentos sacrais S4 – S5.
B	<u>Incompleta</u>	Nenhuma função motora, porém alguma função sensorial é preservada abaixo do nível neurológico incluindo os segmentos sacrais S4 – S5.
C	<u>Incompleta:</u>	Função motora preservada abaixo do nível neurológico e mais da metade dos músculos chave abaixo do nível neurológico têm grau de força muscular abaixo de 3.
D	<u>Incompleta</u>	Função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos metade dos músculos chave abaixo do nível neurológico têm grau de força muscular maior ou igual a 3.
E	<u>Normal</u>	Funções motora e sensitiva normais.

Escala FRANKEL		
0	<u>Ausente</u>	Paralisia total
1	<u>Resquícios</u>	Contração palpável ou visível
2	<u>Pouco</u>	Movimentos ativos sem ação da gravidade
3	<u>Regular</u>	Movimentos ativos com ação da gravidade
4	<u>Bom</u>	Movimentos ativos com resistência
5	<u>Normal</u>	Normal

Fonte: DELISA, 2002; FAHEY, 2002.

Apesar da grande difusão da avaliação ASIA, em muitas regiões do Brasil a avaliação das pessoas com lesão medular ainda é baseada no nível ósseo da lesão, ou menos pior, na lesão medular apenas. Conforme vimos anteriormente o nível ósseo não corresponde ao nível medular exato e também não diz o grau de lesão sofrida (se completa ou incompleta). Por isso a verificação dos dermatomos e miótomos é tão importante para classificar a lesão medular.

2.1.7. Conseqüências da lesão medular

Para que seja possível ajustar sexualmente uma pessoa com lesão medular é fundamental conhecer todas as outras conseqüências trazidas pela moléstia, pois provavelmente a causa de alguns transtornos será esclarecida pelo conhecimento profundo da evolução da doença.

A Lesão Medular é tipicamente associada a diversos problemas médicos que resultam diretamente da perda sensorial, motora, e complicações do controle autonômico atrasado, tais como dor músculo-esquelética na extremidade superior, infecções urinárias, úlceras de pressão, e depressão podendo apresentar mais desafios ao indivíduo lesado. Embora algumas conseqüências da lesão medular sejam mais visíveis do que outras, problemas menos óbvios como a dor podem ser percebidos como igualmente, ou mesmo mais, incapacitantes (WIDERSTRÖM-NOGA et al, 1999). A dor é uma importante conseqüência da lesão medular, pois segundo Burchiel e Burns (2001), dois terços dos pacientes pesquisados por eles relatam dor, sendo que em um terço deles a dor é classificada como severa.

Uma importante conseqüência da lesão medular é a alteração na sexualidade dessas pessoas, podendo resultar em dificuldades no alcance e na manutenção de uma ereção, lubrificação vaginal prejudicada, e sensação reduzida de prazer sexual e orgasmo (McCABE e TALEPOROS, 2003).

A habilidade de adaptar-se às conseqüências da lesão medular é dependente de muitos fatores, incluindo a severidade da lesão e de fatores psicossociais e psicológicos, tais como a aflição psicológica. O ajustamento à lesão é outra fase crucial devido ao seu impacto significativo na qualidade de vida ou satisfação em viver. Além disso, o ajustamento ruim parece estar relacionado a incidências mais elevadas de mortes que poderiam ser prevenidas (WIDERSTRÖM-NOGA et al, 1999).

O objetivo final em programas de reabilitação pós-lesão é permitir que a pessoa lesionada alcance a melhor qualidade de vida possível, conforme o que foi medido pela avaliação subjetiva do indivíduo acerca dos fatores importantes para a satisfação com a sua vida. Assim, é essencial melhor compreender como as várias conseqüências da lesão medular são percebidas e definir os padrões de fatores que podem influenciar a dificuldade de uma pessoa em lidar com muitas conseqüências da lesão medular (WIDERSTRÖM-NOGA et al, 1999).

Ao final dessa primeira parte da revisão de literatura já pode-se prever vários pontos importantes do estudo proposto. Com as diversas limitações existentes na população de lesionados

medulares, em decorrência da incapacidade física, evidencia-se a importância de um estudo aprofundado de sua sexualidade. Destaca-se nesse parte da revisão a importância de conhecer os tipos e causas da lesão medular, pois cada um deles tem particularidades que podem alterar a interpretação dos achados da pesquisa e interferir no resultado encontrado. A seguir serão destacadas particularidades da sexualidade humana com ênfase na sexualidade de pessoas com lesão medular, o que embasará a proposta do estudo.

2.2. A SEXUALIDADE HUMANA

Todos nós temos a necessidade de nos relacionar e criar vínculos, de nos sentirmos queridos, aprovados e aceitos. Os seres humanos necessitam uns dos outros para uma existência emocional e social que dá significado à existência. Nesse contexto também está inserida a sexualidade, como parte fundamental para uma vivência satisfatória. Por isso a seguir serão apresentados alguns pontos para aprofundar o conhecimento a cerca da sexualidade humana.

2.2.1. Aspectos gerais

O pioneiro na reflexão sobre a sexualidade humana no século XIX foi, sem dúvida, Sigmund Freud. Com base na observação de si mesmo, de sua própria família e de seus pacientes, estabeleceu uma maneira de compreender os aspectos motivacionais do comportamento humano (PERETTI, 2003). Freud mostrou que as manifestações da sexualidade ocorrem nas crianças desde o seu nascimento, e que a prática sexual entre os adultos pode ser bem mais variada do que supunham os teóricos moralistas do começo do século XX (BOCK, FURTADO E TEIXEIRA, 1997).

Vieira (1997) entende a sexualidade como mais abrangente que o sexo. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade, que não a esgota, pois esta não é reduzível ao genital, ao biológico. Também para Reich (1966), citado por Peretti (2003), a sexualidade tem uma amplitude maior que a genitalidade. O mesmo autor defende que a função sexual não é apenas uma função importante, mas, antes disso, é a função principal em torno da qual gravita toda a vida do sujeito,

e a partir da qual resultam a saúde ou a patologia. Reich sempre defendeu que há uma importância fundamental da função do orgasmo genital para a saúde do indivíduo como um todo e dizia que a repressão social e cultural dos instintos naturais e da sexualidade do ser humano eram obstáculos ao crescimento.

Para os antropólogos, a sexualidade constitui o pilar sobre o qual se assenta a própria organização social, mas apesar de constituir em um fato universal, está sujeita a uma grande diversidade de normas que variam de uma sociedade para a outra (LOYOLA, 1998). Segundo Gregersen (1983) entre os seres humanos, em nenhum lugar o sexo permaneceu meramente um ato físico para aliviar certas tensões corpóreas. Ele transformou-se dentro de todas as sociedades humanas, para tornar-se uma área básica para a moralidade e organização da sociedade. A sexualidade em si mesma só é concernida pelo sistema social de regulação quando se trata propriamente de seu exercício, isto é, com quem, com quantos, em que momento e segundo que modalidade (LOYOLA, 1998).

Segundo Money (1988), ser macho ou fêmea, ou ainda intersexo, são *categorias* que se estruturam a partir do critério da genitália com qual o indivíduo nasceu. Já o gênero seria algo singular e não-plural, a medida de masculinidade e feminilidade, com duas dimensões como os dois lados de uma mesma moeda que irão estruturar categorias como masculino, feminino ou andrógono.

Money (1988) propôs o conceito de identidade de gênero/papel (*IG/P*) como um conceito englobante, que define o ser a partir de categorias como macho/fêmea ou intersexo, masculino/feminino ou andrógono, bissexual ou monossexual (heterossexual ou homossexual), abrangendo um conceito pessoal, social e legal. O autor também incluiu o **critério** orientação sexual ou o mapa amoroso em seu conceito de identidade de gênero /papel (figura 3).

Com tal procedimento, Money tentou dar conta de como três critérios em princípio distintos – sexo, gênero e orientação sexual – estruturam-se e articulam-se para formar um conceito sobre um único ser. Com relação ao critério “orientação sexual” na identidade de gênero/papel, um indivíduo pode ser bissexual ou monossexual. No caso monossexual, o sentido do erótico pode ser homossexual ou heterossexual, ao passo que bissexual dimensiona-se para ambos. Money chama a atenção para a multiplicidade de identidades homossexuais e sugere um conceito básico como denominador comum à orientação sexo-erótica para pessoas do mesmo sexo, e não para pessoas do sexo oposto.

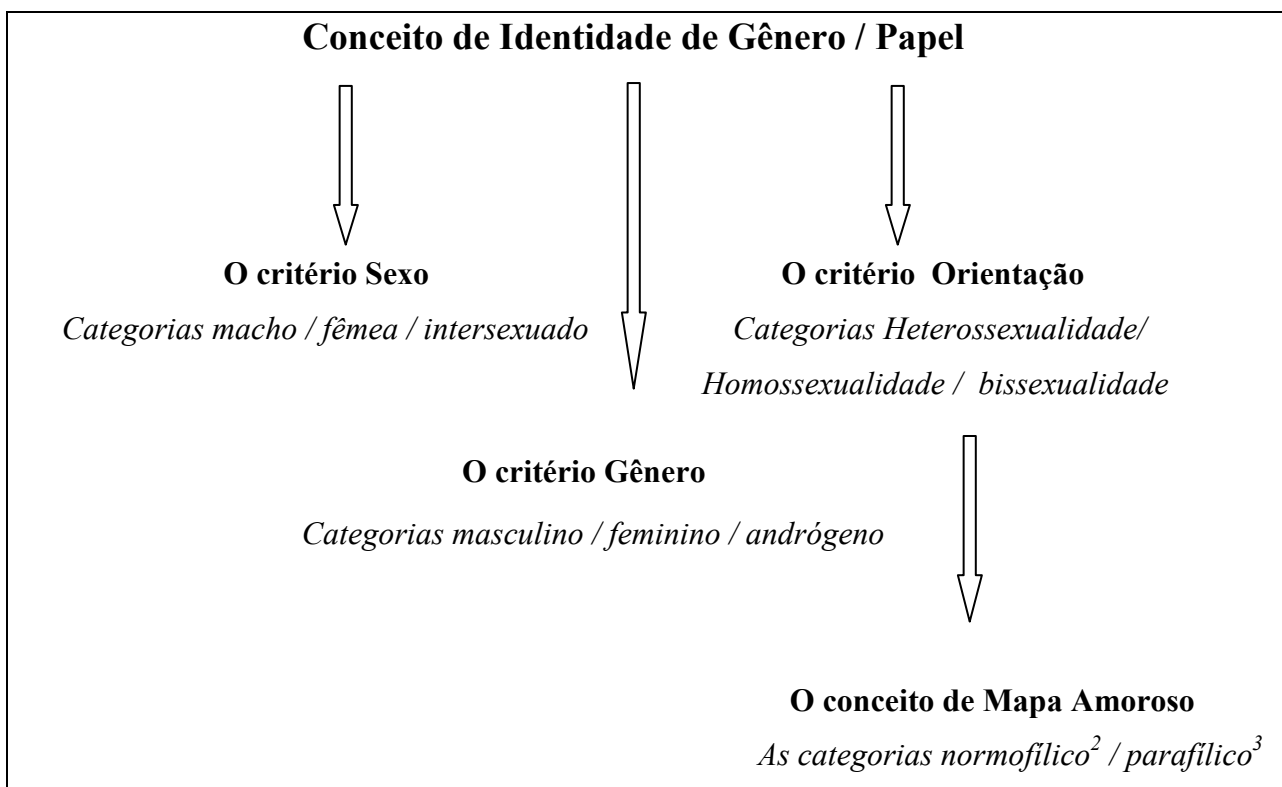


Figura 3: Estrutura da Identidade de Gênero/Papel segundo Money (Cardoso, 2004).

2.2.2. Componentes da Sexualidade

No presente estudo trataremos de quatro componentes da sexualidade humana: Prática Sexual, Orientação Sexual, Resposta Sexual e Satisfação Sexual.

2.2.2.1. Prática Sexual

A prática sexual refere-se ao comportamento do sujeito no sexo: o que ele **faz!** A prática sexual também pode ser classificada como “comportamento sexual”. Nesse estudo optamos pelo termo “prática” pois entendemos que esse é menos amplo e mais restrito ao que questionamos.

² Por mapa normofilico Money entende o mapa amoroso típico da maioria numérica da população que consegue articular amor e sexo em um mesmo objeto de prazer, ou seja, em uma mesma pessoa. O mapa amoroso normofilico também apresenta diferentes níveis dessa articulação entre amor e sexo. Algumas pessoas não conseguem separar esses dois aspectos, tem sexo apenas quando amam, já outras conseguem distinguir e viver somente o sexo em algumas situações (Money, 1986).

³ Por mapa parafilico Money compreende o mapa amoroso de uma minoria da população que tem dificuldades de juntar, mesmo que eventualmente, amor e sexo. Assim, o parafilico desenvolve uma sexualidade considerada por muitos como exótica ou “desviante”, pois inclui outros aspectos não comuns em sua vida sexual. Enfim, os parafilicos acabam desenvolvendo o desejo sexual por situações ou objetos atípicos, como o comportamento sexual explícito sadomasoquista, por exemplo, entre outros (Money, 1986).

No presente estudo a prática sexual será verificada através dos seguintes vértices: vida sexual – no sentido de ter vida sexual e o tempo dessa vida sexual; parceiros sexuais – referente à idade da primeira relação sexual com um parceiro e também ao número de parceiros sexuais; atividades sexuais – as que realizava e também as que percebia que o parceiro gostava de realizar; e a freqüência sexual do participante. Como entendemos que a lesão medular pode modificar esses vértices estudados, propomos um instrumento (QSH-LM) com perguntas referentes à dois períodos: pré e pós-lesão. As perguntas são exatamente as mesmas, apenas referem-se à períodos diferentes.

2.2.2.2. Orientação Sexual

O conceito de orientação sexual pode variar muito de área para área e de autor para autor. Nesse estudo trataremos da orientação sexual como o que o sujeito gosta no sexo: o que ele **gosta de fazer!** Ou seja, seu **Desejo Sexual**.

O Desejo sexual pode ser analisado sob três diferentes óticas: 1) Nível cerebral – Neurotransmissores: São dois os neurotransmissores conhecidos como atuantes sobre o desejo sexual: a Dopamina, estimuladora do desejo, e a Serotonina inibidora do desejo. 2) Nível sócio-cultural e antropológico: variação do desejo sexual com local, época e grupo social, por exemplo, acreditava-se que os homens de nossa cultura eram mais sucetíveis à estímulos visuais do que as mulheres, porém novas descobertas mostraram que quando a mulher é estimulada visualmente de forma adequada, os sinais de aceitação ao estímulo (como pupila dilatada) são positivos. Essa teoria é reforçada ao verificar-se que o estímulo visual feminino é fortemente aceito em outras culturas. Por fim 3) as Variantes individuais, pois mesmo o desejo sexual sendo considerado como instintivo, as variações quanto a intensidade e a freqüência do desejo, serão modificadas a partir das vivências individuais (MANNOCCHI, 1995).

Vaughan (2002) acrescenta que o desejo sexual é manifestado em formas que variam desde fantasias e sonhos sexuais durante a masturbação até o início do ato sexual com um parceiro. As manifestações citadas são o produto do cruzamento de 3 componentes mentais:

- 1) Impulso sexual – componente biológico do desejo – é modificado com a idade, por medicamentos; manifestado por sensações genitais. Esse componente pode ser entendido como o componente à “Nível Cerebral” proposto por Mannocci (1995).
- 2) Motivação sexual – componente psicológico do desejo – contextualizada com a situação do relacionamento; manifestada pela disposição de alguém de aproximar-se

de outro com interesse sexual. Esse componente vai ao encontro do componente “Variantes Individuais” de Mannocci (1995).

- 3) e Desejo sexual propriamente dito – componente social do desejo – expectativas baseadas em vivências culturais como família, religião, gênero, etc. Assim como nos dois casos anteriores, esse componente também encontra uma representação nos trabalhos de Mannocci (1995). Ele pode ser comparado ao componente “Nível sócio-cultural e antropológico”.

Podemos perceber que embora os dois autores, Mannocci (1995) e Vaughan (2002) nomeiem de forma diferentes seus 3 componentes para composição do desejo sexual, em síntese falam as mesmas coisas.

Cardoso (2008), acrescenta algo importante em relação ao desejo sexual. Segundo o autor, na maioria das vezes, o conceito de “orientação sexual” está relacionado ao sentido (como direcionamento) do desejo sexual: se por pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo ou ainda para ambos sexos. O mesmo autor também apresenta o desejo sexual sendo determinado por 3 aspectos: intrapsíquicos, intrapessoais e sociais; assumindo a presença de um funcionamento físico típico e avaliável pelos tipos de parceiros sexuais, de práticas sexuais, etc.

Por isso, nesse estudo, trataremos da orientação sexual a partir de três pilares: parceiros sexuais – no sentido de interesse do participante por muitos parceiros ou por poucos parceiros; vontade de fazer sexo (desejo sexual) – intensidade desse desejo; e finalmente, através das práticas sexuais – atividades sexuais que o participante gostava de receber de seu(s) parceiro(s).

No presente estudo não levaremos em consideração o **sentido** do desejo sexual dos participantes, conforme definido inicialmente por Cardoso (2008), pois entende-se que por quem o participante sente desejo não interfere na quantidade e na qualidade do mesmo para os resultados da pesquisa em questão.

2.2.2.3. Resposta Sexual Feminina e Masculina

Os primeiros estudos sistemáticos sobre o ciclo da resposta sexual humana foram realizados por William Masters e Virgínia Johnson em 1966, que montaram um laboratório no qual eletroencefalogramas, eletrocardiogramas e equipamentos de filmagem foram usados para documentar os correlatos anatômicos e fisiológicos da excitação sexual e do clímax, tanto em indivíduos normais quanto em pessoas com vários distúrbios sexuais. O trabalho dos dois destacou a maior incidência de orgasmos com masturbação do que relação sexual nas mulheres, e o papel do clitóris na excitação e no orgasmo feminino (MASTERS E JOHNSON, 1984).

Embora se acreditasse que homens e mulheres apresentavam respostas sexuais diferentes, Masters e Johnson demonstraram que a maioria das alterações físicas do ciclo de resposta eram semelhantes, com duas importantes exceções. Em primeiro lugar, eles descobriram que o orgasmo masculino culmina em ejaculação, enquanto o feminino não. Em segundo, demonstraram que as mulheres são capazes de múltiplos orgasmos durante um encontro sexual, enquanto os homens apresentam um período refratário antes que possam atingir o orgasmo novamente. (MASTERS E JOHNSON, 1984; VAUGHAN, 2002).

Helen Singer Kaplan ampliou e modificou o trabalho de Masters e Johnson, com a publicação de seu livro *Disorders of Sexual Disease*. A autora propôs uma nova formulação física da resposta sexual, tornando-a trifásica, com o aparecimento da fase de Desejo e suprimimento das fases de platô e resolução. A resposta sexual ficou então dividida como: Desejo, Excitação e Orgasmo (MASTERS E JOHNSON, 1984; MANNOCCI, 1995; VAUGHAN, 2002).

Mesmo com o modelo modificado de Kaplan, o modelo mais amplamente aceito de resposta sexual (Figuras 4 e 5) é o modelo de quatro estágios de Masters e Johnson. As 4 fases desse modelo incluem: excitação, platô, orgasmo e resolução (MASTERS E JOHNSON, 1984; SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

A fase de excitação pode ser psicológica ou física. Ela começa quando a pessoa percebe a princípio estar sendo sexualmente estimulada. Tanto homens quanto mulheres mostram aumento na tensão muscular, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória. Se a estimulação continuar no homem, ocorre a ereção do pênis. Na mulher, a lubrificação vaginal começa com a continuação da estimulação (MASTERS E JOHNSON, 1984; COLE e COLE, 1994; SERAPIÃO, 1999). Os dois quadros à seguir explicam melhor como ocorrem a ereção peniana e a lubrificação vaginal.

A fase de platô é a segunda e se estende desde o término da fase de excitação até o começo do orgasmo. Devido a influências neurovasculares, ocorre congestão dos órgãos sexuais principais (MASTERS E JOHNSON, 1984; COLE e COLE, 1994; SERAPIÃO, 1999). Também pode ocorrer o rubor sexual, um vermelhão semelhante ao sarampo, sobre o tórax, pescoço e face (SIPSKI e ALEXANDER, 2002). Se a estimulação for inefetiva, ou cessar, o corpo mostrará uma redução gradual dos fenômenos fisiológicos que fazem parte desta fase. Com a continuação da estimulação efetiva, começa a terceira fase (COLE e COLE, 1994).

A EREÇÃO PENIANA

O pênis é composto por três cilindros esponjosos que possuem espaços. O sangue é bombeado para dentro de dois desses espaços durante a excitação sexual, o que ajuda a manter uma ereção. O terceiro cilindro está abaixo do pênis e é onde está alojada a uretra.

Existem dois tipos de ereções e elas geralmente trabalham em conjunto para dar ao homem uma ereção firme e duradoura: a ereção reflexa e a ereção psicogênica.

***Ereções psicogênicas** ocorrem quando sinais sensoriais do cérebro, tais como a visão, o olfato e a audição ou pensamentos sexuais passam pela medula espinhal aos níveis T10-L2 e levam mensagens para o pênis ativar uma ereção.*

***Ereções reflexogênicas** ocorrem através das vias reflexas dos níveis S2-S4, via estimulação direta, ou seja, sem requisição de sinais cerebrais. A estimulação direta do pênis encaminha sinais sensoriais do pênis para a medula espinhal via S2-S4, e então sinais trafegam da medula espinhal ao pênis levando à ereção (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001). O percurso somato-sensorial se origina nos receptores sensoriais na pele do pênis, glândula e uretra e dentro dos corpos cavernosos. Na glândula de um pênis humano existem muitas terminações aferentes: terminações nervosas livres e receptores corpusculares com uma proporção de 10:1. As terminações nervosas livres são derivadas de finas fibras mielinizadas de A δ e fibras C não mielinizadas e são diferentes de qualquer outra área cutânea do corpo. As fibras não mielinizadas entram na medula espinhal através das raízes de S2-S4 para terminar em neurônios e interneurônios espinhais na região cinza central do segmento lombossacral. Dependendo da intensidade e da natureza da estimulação genital, vários reflexos espinhais podem ser suscitados por estimulação da genitália. O mais conhecido é o reflexo bulbocavernoso, que é a base do exame neurológico (DEAN e LUE, 2005).*

Com estimulação neuro-química se inicia a resposta erétil. Os componentes fisiológicos-chaves da ereção são dilatação arterial através dos músculos suaves relaxados, com pressão mecânica venosa que diminui a saída venosa e amplia a túnica elástica. O pênis está sob ambos os comandos: o autônomo (simpático e parassimpático) e o somático (sensório e motor) de regulação neuronal (MONGA, BERNIE e RAJASEKARAN, 1999).

A LUBRIFICAÇÃO VAGINAL

A vagina é um tubo que possui algumas polegadas de comprimento e se alonga durante o intercursos. Seu revestimento é suave e úmido. O fluido que faz a vagina úmida é produzido nas células que cobrem seu interior. Este líquido é o responsável pela lubrificação vaginal, tão importante durante o intercursos sexual. Existem duas formas de ocorrência da lubrificação vaginal: reflexa e psicogênica.

*A **lubrificação reflexa**, como o nome sugere, é um reflexo coordenado pela medula espinhal na área de S2, S3 e S4. Ela ocorre com estimulação direta na vagina, área genital ou por estimulação interna (com a bexiga cheia, por exemplo).*

*A **lubrificação psicogênica** ocorre quando os órgãos sensoriais despertam a mulher sexualmente. Esta estimulação pode ocorrer quando se vê algo que é sexualmente prazeroso. Dessa forma o cérebro envia uma mensagem para a medula espinhal em T10 através de L2 para que ocorra a lubrificação (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001).*

O orgasmo é a terceira fase e se caracteriza por aumentos adicionais na frequência cardíaca e respiratória e na pressão arterial. Ocorrem também contrações involuntárias rítmicas na musculatura do períneo (SIPSKI e ALEXANDER, 2002). O orgasmo costumeiramente dura de 30 segundos a 60 segundos. Imediatamente após o orgasmo, começa um período refratário durante o qual mais estimulação não produzirá excitação sexual adicional. A fase refratária pode durar de minutos a dias, dependendo de fatores tais como a idade e a intensidade da estimulação sexual. As mulheres têm curtos períodos refratários e podem ser multiorgásmicas (MASTERS E JOHNSON, 1984; COLE e COLE, 1994). O período de emissão e ejaculação masculinos é denominado de orgasmo masculino. Quando ele termina, a excitação sexual desaparece quase que totalmente em um a dois minutos e a ereção cessa. Começa então a fase de resolução (GUYTON e HALL, 1998; COLE e COLE, 1994). Nas mulheres, quando a estimulação sexual local atinge intensidade máxima, e especialmente quando as sensações locais são apoiadas por sinais apropriados de condicionamento psíquico, provenientes do cérebro, são desencadeados reflexos que causam o orgasmo feminino, análogo ao período de emissão e ejaculação masculinos (GUYTON e HALL, 1998).

A quarta fase é denominada resolução. Durante essa fase o organismo retorna ao seu estado pré-estimulado e relaxado (MASTERS E JOHNSON, 1984; COLE e COLE, 1994; SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

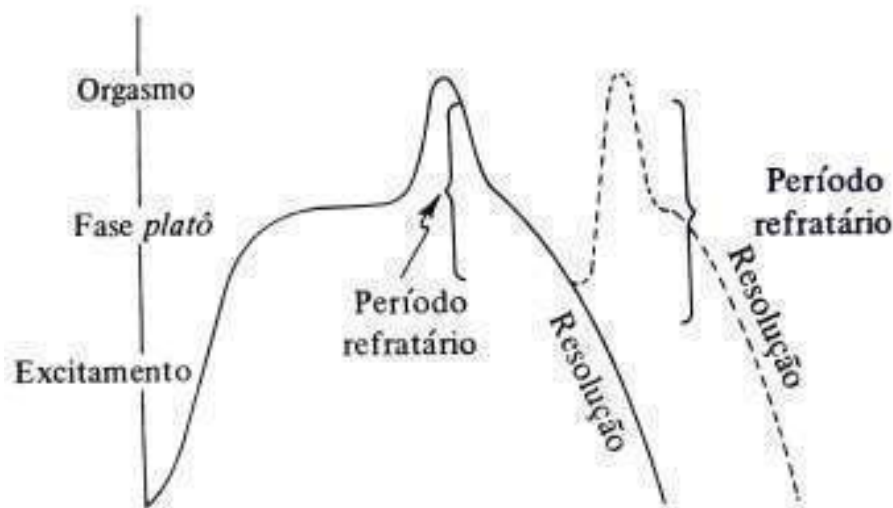


Figura 4: Resposta Sexual Masculina (MASTERS E JOHNSON, 1984).

Outra classificação para a Resposta Sexual Masculina baseia-se na dinâmica peniana durante o ciclo sexual. Nesta classificação, cada uma das fases psicosssexuais é dividida em dois eventos, relacionados como segue: excitação com latência e intumescência; platô com ereção e rigidez; orgasmo com emissão e ejaculação; e resolução com desintumescência e refração (KANDEEL et al, 2001).

Além do conhecido modelo de Resposta Sexual Feminina de Masters e Johnson (1984) – **Modelo Linear** (Figura 5), alguns pesquisadores modificaram seus estudos e propuseram mais dois modelos: **Modelo Circular** e **Modelo Não linear**.

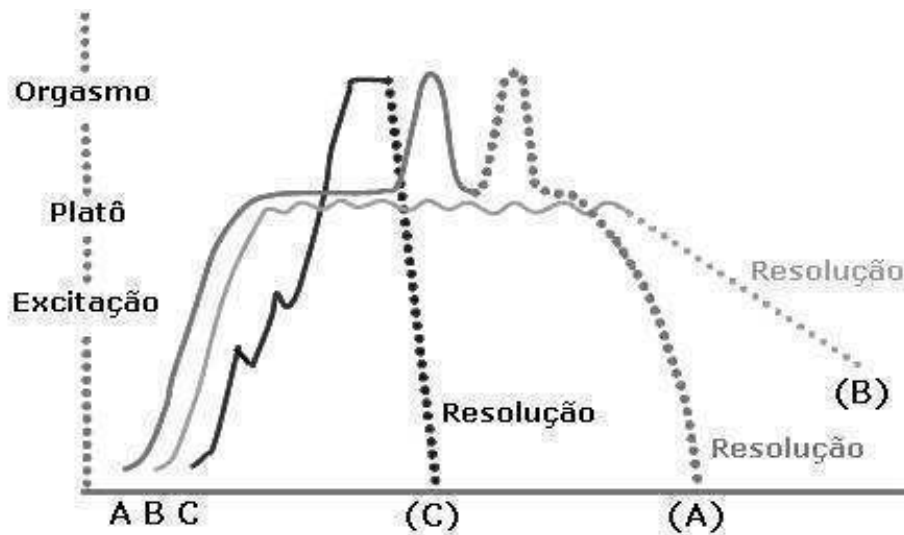


Figura 5: Resposta Sexual Feminina – Modelo Linear (MASTERS E JOHNSON, 1984).

Modelo Circular – Em 1997, conscientes do argumento de que nem todas as mulheres se enquadravam no modelo linear de resposta sexual, Whipple e Brash-McGreer propuseram um modelo de resposta sexual **circular** para mulheres. Este conceito foi construído a partir do modelo Reed, que consiste de 4 estágios: sedução (desejo mútuo), sensações (excitação e platô), entrega (orgasmo), e reflexão (resolução). Ao tornar o modelo de Reed circular, Whipple e Brash-McGreer demonstraram que experiências sexuais satisfatórias e prazerosas podem ter um efeito reforçador em uma mulher, levando à fase de sedução da próxima experiência sexual. Se durante a reflexão, a experiência sexual não ofereceu prazer e satisfação, a mulher não deve ter um desejo para repetir a experiência (Figura 6).

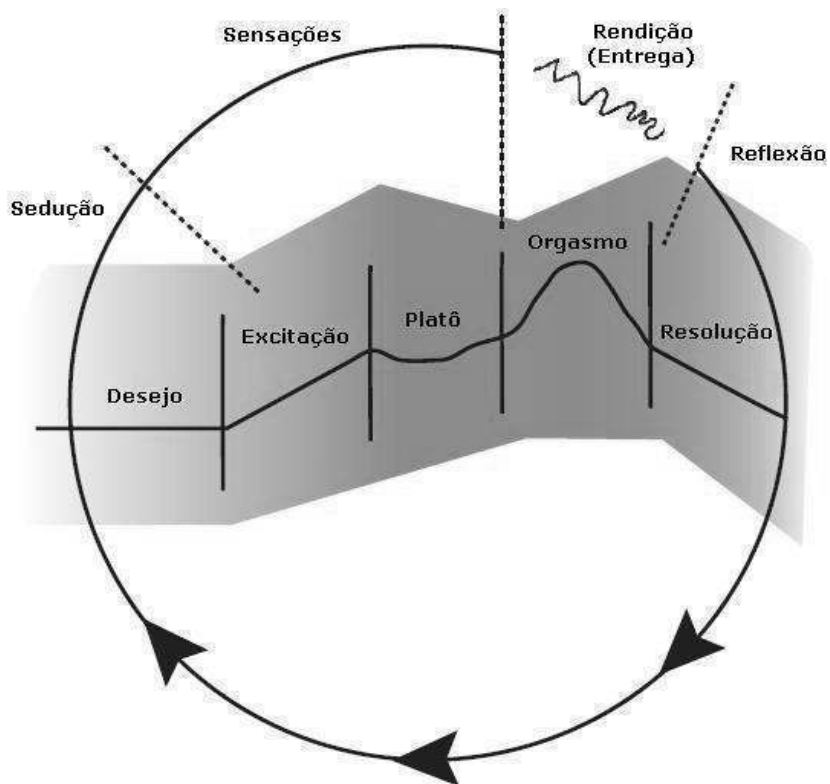


Figura 6: Resposta Sexual Feminina – Modelo Circular (Whipple e Brash-McGreer, 1997).

Modelo Não Linear – Basson (2001) também construiu um novo modelo de resposta sexual feminina que incorpora a importância da intimidade emocional, estímulo sexual e satisfação com o relacionamento. Este modelo alega que a função sexual feminina consiste em uma maneira mais complexa e circular que a função sexual masculina e que a função sexual é dramaticamente e significativamente afetada por muitas variáveis psicossociais (por exemplo: satisfação com relacionamento, auto-imagem, experiências sexuais pregressas negativas).

De acordo com Basson (2001), mulheres têm muitas razões para se engajar em atividades sexuais além de desejo e orientação sexuais, como o Modelo Linear tradicional sugere. Apesar de muitas mulheres experimentarem desejo e interesse espontâneo durante um novo relacionamento ou depois de uma longa separação do parceiro, a maioria das mulheres em relacionamentos de longa duração não pensam em sexo frequentemente ou experimentam desejo espontâneo para a atividade sexual. Nestes últimos casos, Basson (2001) sugere que um desejo para proximidade emocional aumentado e intimidade ou aberturas de um parceiro podem predispor uma mulher à atividade sexual. Deste ponto de neutralidade sexual – onde uma mulher é receptiva para o sexo,

mas não inicia a atividade sexual – o desejo para o sexo faz com que ela se prontifique a tornar-se sexualmente estimulável via conversa, música, leitura ou vendo materiais eróticos, ou estimulação direta. Uma vez que ela é despertada, o desejo sexual emerge e a motiva à continuar a atividade. Na via da satisfação, existem muitos pontos de vulnerabilidade que podem distrair uma mulher de se sentir sexualmente realizada. O modelo de Basson (2001) explica que o objetivo da atividade sexual não é necessariamente o orgasmo, mas a satisfação pessoal, que pode ser manifestada como satisfação física (orgasmo) e/ou satisfação emocional – um sentimento de intimidade e conexão com um parceiro (Figura 7).

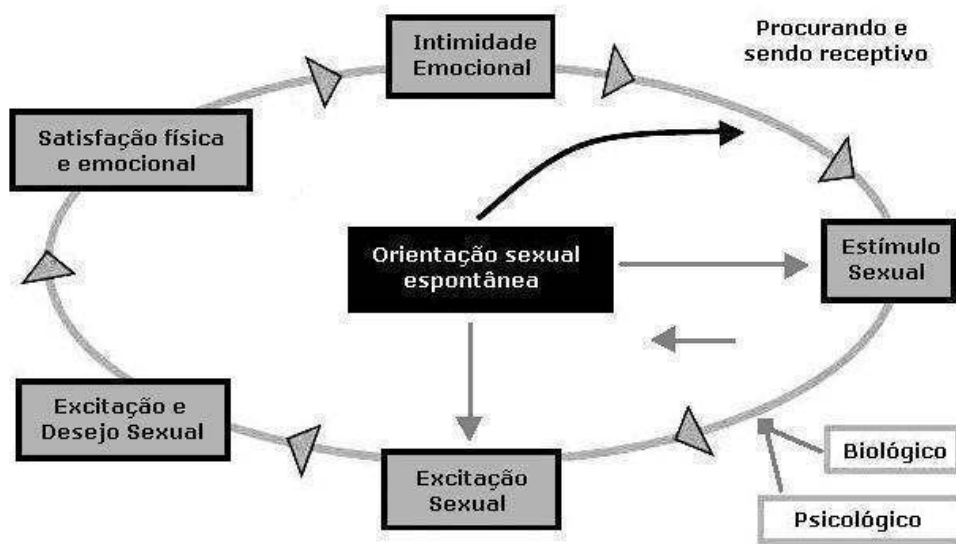


Figura 7: Resposta Sexual Feminina – Modelo Não Linear (BASSON, 2001).

2.2.2.4. Satisfação Sexual

A satisfação sexual consiste de uma conclusão geral sobre o quanto a vida sexual de um indivíduo é agradável e satisfatória, ou seja, é um julgamento particular de que o comportamento sexual é prazeroso (VAUGHAN, 2002).

O conceito de “Mapas Amorosos” descrito por Money (1986), ajuda em muito a entender como se dá a satisfação sexual em homens e mulheres. Como citado anteriormente, Money define “mapas amorosos” como um esquema na mente e no cérebro, do amor idealizado, onde está projetada a atividade sexo-erótico do indivíduo. Para o autor existem dois mapas, o

nomofílico (há articulação de amor e sexo em um mesmo objeto de prazer) e parafilico (há dificuldades em conectar amor e sexo em um mesmo objeto de prazer). Portanto, entendemos que a satisfação sexual é composta por diversos componentes, tanto relacionados ao sentimento de amor, como relacionados ao ato sexual, que ao final, após análise individual, fazem com o que o indivíduo se sinta ou não satisfeito sexualmente.

De acordo com Davidson et al. (1995), citados por Haavio-Mannila e Kontula (1997), a satisfação sexual está relacionada às experiências sexuais passadas, atuais expectativas e aspirações futuras. Para Sprecher e McKinney (1993) também citados por Haavio-Mannila e Kontula (1997), a satisfação sexual relaciona-se às características e ao comportamento do parceiro; à emoções; à comportamentos sexuais, bem como à fatores sociais. Além disso, os mesmos autores, em estudo realizado nos EUA, determinaram os comportamentos sexuais ligados à satisfação sexual de homens e mulheres: frequência sexual, sexo oral e genital, experiência amorosa e orgasmo.

Segundo Haavio-Mannila e Kontula (1997), o orgasmo é apenas uma faceta da experiência sexual, e de muitos factores que influenciam a capacidade orgástica e a satisfação sexual. No entanto, o orgasmo, continua a ser o aspecto mais facilmente quantificável como índice de satisfação sexual.

No presente estudo utilizaremos além de questões referentes ao orgasmo – capacidade de conseguir orgasmo e intensidade do orgasmo – uma questão questionando diretamente o quanto o participante está satisfeito sexualmente – nível da satisfação sexual. As questões, assim como as demais já apresentadas, serão baseadas no auto-relato.

2.3. SEXUALIDADE NA LESÃO MEDULAR

2.3.1. Aspectos gerais

A lesão medular é conhecida por ter um grande impacto na função sexual humana. Os distúrbios dependerão do nível e da extensão da lesão. Como a maioria das pessoas afetadas por lesão medular é jovem e em idade reprodutiva, a sexualidade reflete um aspecto importante na

personalidade. Sendo assim, uma atenção especial precisa ser dada a este assunto durante a reabilitação (REITZ, BURGDÖRFER e SCHURCH, 2004).

Infelizmente durante crises de saúde e enfermidades crônicas graves, as questões pertinentes à sexualidade e ao funcionamento sexual apresentam pouca prioridade (SIPSKI e ALEXANDER, 2002). Para algumas pessoas, o sexo não é motivo de preocupação logo depois de suas lesões. Para outras, é uma das primeiras coisas que lhes vêm à cabeça. (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001).

Nos últimos anos, a sexualidade após a lesão medular tem despertado uma grande atenção, mas ainda assim, existe uma grande escassez de estudos comparando a sexualidade de pessoas com lesão medular e pessoas da população em geral (KREUTER; SULLIVAN; SIÖSTEEN, 1996).

Após a lesão medular, a sexualidade é afetada pelos danos fisiológicos, tanto quanto pelas conseqüências do estresse emocional, baixa da auto estima, e sentimentos de inadequação que acabam por complicar os relacionamentos íntimos. Apesar das mudanças na função sexual produzida por esses fatores, está claro que existe interesse e necessidade de expressar a sexualidade remanescente pelos lesionados (FISHER et al, 2002). A lesão medular não afeta a necessidade de estar fisicamente perto de outra pessoa. Esta intimidade física (mesmo que estando sob controle de outrem), é uma parte importante da saúde. As preliminares (os simples atos de explorar, beijar, tocar) são mais importantes após a lesão como jamais o foram (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001). Segundo Taleporos e McCabe (2001), existem também muitas práticas e barreiras sociais que impedem a expressão sexual das pessoas com inabilidades físicas.

Para Daniels (1978), citado por McCabe e Taleporos (2003), a mobilidade reduzida têm sido relatada como algo que interfere na expressão sexual de pessoas com lesões físicas. Além disso, as pessoas com inabilidades físicas que residem em acomodações com suporte adequado, isolamento social, falta de privacidade e dependência de cuidadores podem também apresentar limitações na expressão sexual.

A sexualidade é uma parte integral da vida pessoal de cada um. É uma função natural que pode ser impedida por muitas coisas que não sejam a incapacidade física. Um estudo mostrou que a disfunção sexual, nos americanos, apareceu pelo menos uma vez em 50% da população geral. Além disso, outro estudo com 52000 homens, sendo da população geral dos EUA, 55% deles demonstraram insatisfação com suas vidas sexuais (KREUTER; SULLIVAN; SIÖSTEEN, 1996).

O estudo de Phelps et al (2001), mostrou que cadeirantes homens, casados ou com relações estáveis, declararam maior satisfação sexual quando conseguiam dar prazer sexual as suas parceiras. O fato interessante é que parece existir uma transferência de referencial quando indagados sobre o nível de satisfação sexual do indivíduo para a parceira.

Um tempo adequado para a reeducação sexual após a lesão medular é difícil de ser delimitado. Muitos especialistas em reabilitação têm observado que a grande maioria dos indivíduos não demonstra interesses sexuais nos primeiros meses após a lesão. Em investigações recentes sobre a sexualidade após a lesão medular, foi encontrado um grande número de pacientes em reabilitação com um limitado conhecimento sobre as mudanças na sexualidade, causadas pela lesão. A discrepância entre a percepção e a realidade persiste, mesmo com o acesso a diversas opções de educação sexual (FISHER et al, 2002). Segundo Alexander, Sipski e Findley (1993), a maioria dos centros de reabilitação dos Estados Unidos inclui educação sexual e aconselhamento como um componente rotineiro da reabilitação.

A reabilitação sexual compõem-se de informações, diagnóstico e tratamento dos distúrbios sexuais. O sucesso da reabilitação e reintegração sexual do paciente dependem da restauração da função sexual ou de uma terapia adequada para a disfunção sexual (REITZ, BURGDÖRFER e SCHURCH, 2004). A rapidez e a maneira com que uma pessoa se ajusta à incapacidade irá afetar seu senso de sexualidade. O ajuste emocional à incapacidade, contudo, irá variar. Embora alguns teóricos tenham avançado nas definições dos estágios de ajustamento, incluindo a depressão como um componente necessário, cada pessoa tende a ajustar-se de seu próprio modo e a seu próprio tempo. A incapacidade é um insulto a nosso senso inato de narcisismo, resultando em um golpe na auto-estima (SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

O indivíduo precisa esforçar-se para resolver sua depressão de modo a trabalhar de forma bem sucedida por meio do problema, tornar-se funcional e obter satisfação. Às vezes, contudo, a dor se torna excessiva, e a pessoa é incapaz de suportá-la até completar o trabalho necessário para a cicatrização. Independentemente disso, esse processo irá provavelmente interferir com o nível de energia da pessoa e com seu senso de ego, afetando por certo tempo sua vida sexual (SIPSKI e ALEXANDER, 2002). Para descobrir quais as partes do funcionamento sexual de um indivíduo foram afetadas por sua lesão medular, é importante que ele gaste algum tempo para explorar seu próprio corpo, para descobrir quais áreas, quando tocadas, fazem com que se sintam bem. Intimidade física pode incluir atividades como dar as mãos, beijar e tocar. Estas são algumas

atividades que podem ajudar a pessoa com lesão medular a se tornar mais confortável com o se "novo eu" (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001).

2.3.2. Resposta Sexual na Lesão Medular

O efeito da lesão medular na resposta sexual é geralmente discutida baseada no nível completo ou incompleto da lesão do paciente e se o dano neurológico que afeta as raízes sacrais é de neurônio motor superior ou inferior. A lesão medular é considerada completa ou incompleta se os sujeitos apresentam ou não contração retal voluntária e habilidade de perceber sensações em torno do reto. Como os **homens** possuem genitália externa, estudos têm sido utilizados para determinar o impacto na ereção e ejaculação, dependendo da extensão de suas lesões. A **ereção** é largamente mediada pelas fibras parassimpáticas com origem em S2-S4 (nível vertebral T12), e as sensações genitais são recebidas no mesmo nível (KELLETT, 1990). Em homens com lesão medular completa e lesão em neurônio motor superior afetando as raízes sacrais, há uma perda da função de ereção psicogênica em conjunção com a manutenção da ereção reflexa (SIPSKI, 2004).

Nos homens com lesão de neurônio motor superior incompleta, ainda há manutenção da função reflexa e alguns desses homens podem ter função erétil psicogênica. Para os homens com lesão em neurônio motor inferior afetando as raízes sacrais, tem-se mostrado que aproximadamente 25% deles terão função erétil psicogênica, visto que nenhum desses homens terá função erétil reflexa. Com lesão incompleta no neurônio motor inferior, afetando as raízes sacrais, mais de 90% da população estará apta a ter algum tipo de função erétil (SIPSKI, 2004).

A **emissão seminal** é mediada pelas fibras parassimpáticas em T11-L2 (nível vertebral T11), apesar de a ejaculação e o orgasmo o serem em S2-S4. Lesões da cauda equina removem todo o excesso de emissão seminal. Quanto mais alta a lesão mais facilitada é a ejaculação. **Orgasmo e ejaculação** são mais vulneráveis que a ereção (KELLETT, 1990).

A EREÇÃO PENIANA NA LESÃO MEDULAR

O maior órgão sexual que os homens têm é o cérebro, que é o responsável pela coordenação das respostas reflexas que ajudam a compor o ciclo de resposta sexual. O cérebro, em conjunto com a medula espinhal, auxilia o sistema a funcionar sem problemas. Alterações na função sexual após o comprometimento medular ocorrem como resultado das mudanças nas conexões do sistema nervoso.

Depois da lesão medular, as vias de comunicação cérebro-medula estão totalmente ou parcialmente danificadas. Se um indivíduo possui uma lesão incompleta, estas vias podem ter sido poupadas ou podem estar funcionando parcialmente. Se assim for, o indivíduo pode obter ereções por ver ou visualizar algo.

Muitos homens com comprometimentos na medula espinhal têm ainda o arco reflexo de S2, S3 e S4. Se assim for, a capacidade do indivíduo manter uma ereção vai estar presente. No entanto, a qualidade da ereção pode ser diferente daquela que o indivíduo se recorda antes da lesão medular (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001).

Maior (1988) faz um resumo muito importante sobre a consequência da lesão medular na resposta sexual masculina. Segundo a autora, existe uma perda hierárquica na seguinte ordem (mais afetado – menos afetado): orgasmo, ejaculação e ereção (saindo um pouco da sexualidade diretamente, ainda seguiriam na sequência a micção e a defecação).

Do mesmo modo que a disfunção sexual masculina, a disfunção sexual nas **mulheres** pode ter etiologia orgânica ou psicogênica (BERMAN, BERMAN E GOLDSTEIN, 1999). Relatos anteriores hipotetizaram, semelhantemente a Berman, Berman e Goldstein (1999), que funções sexuais femininas seriam afetadas de forma similar às funções sexuais masculinas (com relação à lubrificação reflexa e psicogênica), dependendo do nível e do grau da lesão (SIPSKI, 2004; SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

Mulheres com lesões medulares completas e disfunção de neurônio motor superior, afetando os segmentos sacrais S2–S5 têm apresentado preservação da **vasocongestão genital** reflexa, mas não psicogênica (BERMAN, BERMAN E GOLDSTEIN, 1999).

Estudos recentes suportaram a hipótese de que mulheres com lesão completa de neurônio motor superior afetando raízes sacrais manteriam a capacidade de **lubrificação reflexa** e perda da capacidade de **lubrificação psicogênica**. Mulheres com lesões incompletas de neurônio motor superior, deveriam reter a habilidade para a lubrificação reflexa. Além disso, tem sido apresentada a hipótese de que mulheres com lesão medular incompleta e lesões de neurônio motor superior que afetam os segmentos espinhais sacrais, que retiverem a capacidade de sentir

picada de agulha nos dermatômos de T11-L2 podem reter a capacidade para a lubrificação psicogênica (SIPSKI, 2004; SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

Para mulheres com lesões completas de neurônio motor inferior que afetam os segmentos sacrais, tem sido levantada a hipótese de que 25% delas teriam capacidade para a lubrificação psicogênica e nenhuma delas teria capacidade para a lubrificação reflexa (SIPSKI e ALEXANDER, 2002).

A LUBRIFICAÇÃO VAGINAL NA LESÃO MEDULAR

O maior órgão sexual feminino também é o cérebro, e da mesma forma que ocorre nos homens, é responsável por coordenar as respostas reflexas que ajudam a compor o ciclo de resposta sexual. Após o comprometimento da medula espinhal, as vias nervosas do cérebro são total ou parcialmente danificadas. Se a mulher tem uma lesão incompleta, estas vias podem ter sido poupadas ou podem estar parcialmente funcionando. Se assim for, ela ainda poderá ter lubrificação vaginal por ver ou visualizar algo.

Muitas mulheres com comprometimentos na medula espinhal possuem ainda o arco reflexo de S2, S3 e S4. Quando isso acontece, a capacidade de manter uma certa quantidade de lubrificação vaginal ainda estará disponível. No entanto, a qualidade e a quantidade da lubrificação pode ser diferente do que a pessoa se lembra antes da sua lesão (THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION, 2001).

Ao término da segunda parte da revisão de literatura permite-se salientar a real presença da sexualidade na vida de cada pessoa. Ao apresentar a sexualidade humana em dois blocos – em pessoas com lesão medular e sem lesão medular – pudemos verificar a grande gama de alterações que ocorrem na sexualidade dos lesados medulares.

2.4. PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Um encontro sobre Educação e Tratamento em Sexualidade Humana foi convocada pela Organização mundial de Saúde em Genebra, em fevereiro de 1974 para discutir a formação dos profissionais da saúde na área da sexualidade. Os participantes desse encontro lembraram que em 1972, já haviam chamado a atenção para a falta de oportunidade dada aos profissionais da saúde para estudar a sexualidade humana, e também para a escassez de professores para a realização de programas educativos.

Nessa reunião, os participantes determinaram alguns requisitos básicos para lidar com a educação e o tratamento sexuais:

- Informações básicas sobre aspectos biológicos e psicológicos do desenvolvimento sexual, reprodução humana, diversidade de comportamento sexual, disfunção sexual, e de doenças;
- Atitudes positivas frente a sexualidade, bem como possibilidade de discussão objetiva sobre assuntos sexuais;
- Conhecimentos e recursos suficientes para lidar com problemas complexos da sexualidade.

2.4.1. Atitudes

Para desenvolver uma melhor compreensão sobre os problemas da sexualidade humana, é necessário que o profissional da saúde desenvolva atitudes saudáveis face à sexualidade, casamento, e contracepção. Um entendimento com sua própria sexualidade e uma abordagem racional com seus problemas sexuais irá lhe ajudar a ser mais capaz de lidar com os problemas de seus pacientes. Além disso, é necessário que o profissional da saúde esteja consciente e aceite a ampla variedade existente no comportamento sexual humano, para que assim possa transmitir confiança aos que procuram ajuda para si ou para seus parceiros.

Os profissionais da saúde partilham as mesmas crenças, os mesmos mitos e as mesmas superstições existentes na cultura que estão inseridos. Isso faz com que tenham atitudes específicas frente aos problemas apresentados. Infelizmente, a formação profissional pouco atua

objetivando desconstruir essas atitudes. Um profissional com olhar punitivo, repressor, atitudes negativas frente à diversidade sexual, declarações descuidadas e métodos inadequados, pode causar problemas maiores ao paciente que o procurou para aconselhamento e orientação sexual. As atitudes negativas tendem a ser mais acentuadas quando vinculadas a determinadas populações, como por exemplo, idosos, deficientes mentais e físicos, presos e etc (WHO, 1975).

2.4.2. Conhecimento

Para uma abordagem ao tema com confiança, é necessário que o profissional da saúde tenha um conhecimento científico rico e aprofundado sobre reprodução humana e sexualidade humana. Precisa saber quais as disfunções sexuais mais comuns e como lidar com elas, e acima de tudo deve saber quando a solução de um problema foge ao seu alcance e requeira a intervenção de um especialista.

Os cursos superiores concentram-se mais em fornecer conhecimento sobre sexualidade do que em construir atitudes desejáveis para lidar com as pessoas com problemas sexuais. Uma outra tendência é a de salientar os comportamentos desviantes, as “anormalidades” e as principais condições patológicas, e também restringir esse conhecimento principalmente à medicina forense e à psiquiatria. Outras especializações têm evitado o tema da sexualidade limitando-se à biologia reprodutiva e de contracepção. As pesquisas sobre a fisiologia da resposta sexual humana, estudos sobre identidade de gênero e práticas sexuais propiciaram maiores informações sobre o funcionamento sexual. Além disso, um importante passo foi dado referente à linguagem científica utilizada para a sexualidade, a fim de contornar as emoções culturais vinculadas à terminologia de cada região (WHO, 1975).

2.4.3. Competências, Habilidades e Capacidades

É essencial ao profissional da saúde desenvolver as competências necessárias para ajudar as pessoas com necessidade de aconselhamento sexual. Duas características são fundamentais: uma boa comunicação e uma boa capacidade de escuta. O profissional deve usar a terminologia apropriada, sem constrangimento, deve ser capaz de lidar com o problema trazido a ele, deve ser capaz de desenvolver um relacionamento interpessoal de forma desapaixonada, mas com

sensibilidade (WHO, 1975). Segundo a organização mundial de saúde, os principais objetivos no treinamento de profissionais da saúde são:

1. Desenvolvimento de atitudes positivas e conforto em lidar com sua própria sexualidade e com a dos outros;
2. Ampliação do conhecimento sobre o tema de modo a evitar a perpetuação de mitos, crenças e tabus;
3. Habilidade no manuseio de pacientes com problemas sexuais e na comunicação de informações sobre sexo para a comunidade;
4. Convencimento do profissional da saúde de que a sexualidade é útil e saudável.

2.4.4. Formação e avaliação profissional

A necessidade de formação de profissionais de reabilitação na área da sexualidade e função sexual, particularmente após a lesão medular tem recebido pouca atenção na literatura. Ao mesmo tempo em que existe uma variedade de fatores - individuais e pessoais relacionados à lesão – que têm impacto na sexualidade de uma pessoa após a lesão medular, há também uma gama de fatores profissionais e sistêmicos que estão suscetíveis a influenciar o ajustamento de um indivíduo a estas mudanças. O estilo de apresentação de um profissional de reabilitação (por exemplo, linguagem corporal, afeto e atitude) pode influenciar o grau em que as necessidades do paciente são contempladas na área da reabilitação sexual. Com freqüência obstáculos à oferta de reabilitação sexual são relatados na literatura, e eles incluem: habilidades e conhecimentos limitados por parte da equipe profissional, alto nível de desconforto da equipe profissional, desatualização, percepção de que sua especialidade é outra, falta de disponibilidade e atitudes discriminatórias ou mal informadas por parte da equipe profissional (KENDALL et al, 2003; BOOTH et al, 2003; FRONEK et al, 2005).

Segundo Gill e Hough (2007) a abordagem recomendada aos profissionais da saúde é o incentivo aos pacientes para se comunicarem com seus parceiros, amigos próximos, profissionais disponíveis, ou aconselhadore. Os autores defendem a crença de que é o compartilhamento de sentimentos verdadeiros e o recebimento de informações úteis de suporte que são benéficos para a adaptação sexual e para a tomada de decisão de promover o funcionamento ideal. Os autores também acreditam no incentivo de leituras de materiais específicos, visualização de vídeos educativos, pesquisa de temas em websites reputados e participação em grupos.

Muitos programas educativos foram criados (de natureza não teórica e baseados no pressuposto básico de que se a equipe profissional tinha uma boa base de conhecimento e atitude positiva em relação à sexualidade e deficiência) imaginando-se que seriam capazes de educar pacientes com sucesso. No entanto, este modelo ignorou o contexto em que muitas vezes as questões sexuais surgem em processos de reabilitação, ou seja, as perguntas embaraçosas e as situações desconfortáveis que a equipe profissional lida em seu dia a dia. Por isso sugere-se que o conforto dos funcionários e, por conseguinte, a qualidade das interações cliente/profissional, são também fatores importantes na reabilitação sexual. Especificamente, a discussão teórica relacionada às necessidades de formação de pessoal é negligenciada, assim como uma escassez de escalas padronizadas para medir essas necessidades (BOOTH et al, 2003; KENDALL et al, 2003; FRONEK et al, 2005).

Um discurso dominante que influencia a área da sexualidade e da aprendizagem é o "discurso profissional", que serve para privilegiar algumas atitudes, alguns valores e práticas de trabalho em detrimento de outras. A educação sobre sexualidade e relacionamentos de pessoas com deficiência tem sido historicamente fornecida por pessoas vistas por outros trabalhadores como "experts". Porém os "experts" foram vagamente considerados como tendo as "coisas/respostas certas", embora tenha sido difícil definir isso. Dentro de muitas organizações de serviços a falta de um quadro teórico e de pesquisa articulado para políticas e práticas ajudou a manter esse discurso por anos. Outro discurso dominante considera a aprendizagem como um processo passivo onde os que detém o conhecimento difundem-o para aqueles que não o tem. Ou seja, adquire-se lições de algo ao invés de aprender algo. Nesse discurso é desconsiderado o fato de os alunos terem escolhas e responsabilidades no processo de aprendizagem. Isso então serve para retirar poder dos profissionais em relação a sua aprendizagem de modo que eles não são incentivados a orientar a sua própria aprendizagem. A aprendizagem é controlada a fim de assegurar que a equipe profissional tenha as informações "corretas" para criar atitudes "corretas", que são, portanto, feitas de "crenças corretas" (CHIVERS e MATHIESON, 2000).

Por não haver um controle na formação e na avaliação profissional, Kendall, Booth, Fronek, Miller e Geraghty (2003) desenvolveram um modelo conceitual considerando conhecimento de profissionais, conforto, e atitudes em relação à sexualidade após a lesão medular. O instrumento foi intitulado como KCAASS - *Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale*. O KCAASS é uma ferramenta específica que identifica as necessidades individuais de treinamento da equipe que trabalha na reabilitação sexual e auxilia no

desenvolvimento de programas educacionais. A análise fatorial dos componentes principais confirmou a presença de 5 fatores individuais (conhecimentos, conforto, atitudes, abordagem e adequação), que representam 66% do total da variância. Os coeficientes alfa para as subescalas são todos elevados ($> ,80$) sugerindo que os itens são internamente consistentes (MILLER, 2006). Fronek et al. (2005) avaliaram a mudança em cada subescala utilizando grupos de tratamento e controle, e descobriram uma melhoria significativa em todas as subescalas, demonstrando a eficácia de tal programa. A escala foi especificamente desenvolvida para utilização com a população com lesão medular.

3. METODOLOGIA

3.1. Característica da Pesquisa

Os **Estudos 1 e 2** caracterizam-se como descritivos, sendo que o **Estudo 1** ainda pode ser classificado como causal comparativo. Segundo Gil (1995), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis. Também para Rudio (1997), na pesquisa descritiva pode haver o estudo da relação entre fenômenos procurando-se conhecer se um é a causa do outro.

Ainda segundo Rudio (1997), os estudos causais comparativos possuem certas limitações quando comparados aos estudos experimentais, mas proporcionam instrumentos para abordar os problemas que não podem ser estudados em condições de experimento, oferecendo valiosos indícios sobre a natureza dos fenômenos. Finalmente, ainda pode-se acrescentar que a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

3.2. Sujeitos de Pesquisa

No **Estudo 1** tivemos 144 sujeitos de pesquisa, sendo que destes 110 homens e 34 mulheres. Todos maiores de 18 anos, com diagnóstico de lesão medular traumática.

No **Estudo 2** tivemos 132 sujeitos de pesquisa (34 homens e 98 mulheres), sendo que destes, 33 eram fisioterapeutas, 36 psicólogos, 32 médicos e 31 enfermeiros.

3.2.1. Critérios para Inclusão e Exclusão no Estudo

Para que fosse possível a participação no estudo, os sujeitos da pesquisa precisaram estar enquadrados nos critérios de inclusão destacados a seguir:

3.2.1.1. Inclusão

Estudo 1:

- Ter lesão medular;
- Ter qualquer tipo de atividade sexual pré lesão medular (por vida sexualmente ativa considera-se nesse estudo, também a masturbação);
- Ter preservação do cognitivo;
- Ter idade igual ou maior que 18 anos.

Estudo 2:

- Ter formação superior em Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem ou Medicina;
- Ter idade igual ou maior que 18 anos.

3.2.1.2. Exclusão

Estudo 1:

- Não ter lesão medular do tipo traumática;
- Não ter qualquer tipo de atividade sexual pré lesão medular;
- Não ter preservação do cognitivo;
- Ter idade inferior a 18 anos.

Estudo 2:

- Não ter formação superior em Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem ou Medicina;
- Ter idade inferior a 18 anos.

3.3. Instrumentação

O instrumento utilizado no **Estudo 1** foi o Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM) (APÊNDICE A). Esse instrumento foi construído pelos autores dessa pesquisa, Aline Knepper Mendes e Dr. Fernando Luiz Cardoso, baseando-se superficialmente no trabalho de Alexander, Sipski e Findley (1993).

O questionário foi desenvolvido em duas partes, visando contemplar dois períodos da vida das pessoas com lesão medular, pré e pós-lesão. Além disso, têm perguntas específicas para ambos os sexos. O instrumento pré-lesão é composto pela anamnese, e 4 blocos de perguntas sobre: Prática Sexual, Orientação Sexual, Satisfação Sexual e Resposta Sexual. O Instrumento pós-lesão além dos 4 blocos existentes citados anteriormente, ainda tem perguntas sobre Aconselhamento Sexual e Ajuste Sexual. O Instrumento tem somente uma questão aberta pertencente à anamnese e referente à profissão do participante (escala nominal). As demais questões são todas fechadas (escala ordinal e razão).

O instrumento utilizado no **Estudo 2** foi a Escala de Sexualidade para Conhecimento, Conforto, Abordagem e Atitudes – Título original: *Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale* – KCAASS (APÊNDICE B), desenvolvida por Kendall et al (2003). O instrumento é composto por 4 seções (as mesmas do título) onde o participante terá como resposta uma escala ordinal de 4 pontos.

3.4. Coleta de Dados

Para o **Estudo 1**, primeiramente foram contactadas associações de deficientes físicos e informadas, pela pesquisadora, da natureza do estudo, seus objetivos e seus critérios de inclusão. A partir disso, o coordenador de cada instituição convidou as pessoas com lesão medular à participarem do estudo, e enviou o contato dos interessados à pesquisadora. O recrutamento da amostragem continuou utilizando-se a técnica “snow ball”, onde ex-participantes indicaram amigos e conhecidos para também participarem do estudo. Essa técnica foi a que permitiu abrangência maior e aumento de participantes. Os sujeitos tiveram três possibilidades de participação: através do questionário enviado via email, através do questionário enviado via correio, ou através do questionário entregue em mãos.

Para o **Estudo 2**, inicialmente foram feitos contatos com clínicas fisioterapêuticas, centros de reabilitação, consultórios psicológicos, consultórios médicos e hospitais, com o objetivo de acessar os primeiros participantes. Os profissionais da saúde foram convidados a participar da pesquisa após explicação da relevância acadêmica, clínica e social da mesma. O recrutamento da amostragem continuou utilizando-se a técnica “snow ball”, onde ex-participantes indicaram amigos e conhecidos para também participar do estudo.

3.5. Tratamento Estatístico

Para cumprir os objetivos propostos tanto no Estudo 1 quanto no Estudo 2, em um primeiro momento os dados foram tratados com estatística descritiva: média e desvio padrão – em caso de dados que correspondiam à curva normal e que tinham nível de mensuração razão, ou mediana, quartis frequência e percentual – em caso de dados que não correspondiam à curva normal e que tinham nível de mensuração ordinal ou nominal.

Em um segundo momento foi utilizada a estatística inferencial, com os seguintes testes: Teste t para amostras independentes; Teste U de Mann-Whitney; Teste de correlação de Spearman e Teste de Kruskal-Wallis. A decisão pela utilização de testes paramétricos ou não-paramétricos na estatística inferencial se deu pelo nível de mensuração da variável em análise e também através dos testes de normalidade e análise de histogramas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desse trabalho, assim como sua discussão está estruturada nos 11 objetivos específicos referentes ao Estudo 1 – Pessoas com lesão medular:

- 1) Descrever o perfil de homens e mulheres pré e pós lesão medular;
- 2) Verificar e comparar o perfil afetivo-sexual dos participante com o nível de satisfação, nível de excitação, nível de desejo, nível de ajuste e frequência sexuais pré e pós lesão medular em homens e mulheres;
- 3) Identificar e comparar a prática sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 4) Identificar e comparar a satisfação sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 5) Identificar e comparar a orientação sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 6) Identificar e comparar a resposta sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;
- 7) Verificar o nível do aconselhamento sexual recebido por homens e mulheres pós-lesão medular;
- 8) Verificar o nível do ajuste sexual de homens e mulheres pós-lesão medular;
- 9) Comparar prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pós-lesão, com os diferentes níveis e tipos de lesão medular em homens e mulheres.
- 10) Conhecer as correlações existentes para as variáveis prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pré e pós-lesão medular em homens e mulheres.
- 11) Verificar e comparar o nível de prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pós-lesão medular em homens e mulheres praticantes ou não de atividade física.

Já o Estudo 2 – Profissionais da saúde – teve seus resultados tratados em tópicos independentes, porém sua discussão tratada de forma única. Os resultados basearam-se nos 5 objetivos específicos do estudo:

- 1) Descrever o perfil dos profissionais da saúde participantes do estudo;
- 2) Verificar o nível de conhecimento dos profissionais da saúde sobre a sexualidade na lesão medular;
- 3) Verificar a atitude dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular;
- 4) Verificar o nível de conforto dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular;
- 5) Verificar o nível de conforto dos profissionais da saúde frente à abordagem sexual dos pacientes após a lesão medular.

Destacamos que o objetivo 10 do Estudo 1, é o único do trabalho que não é tratado de forma individual, pois entendemos que a leitura das “correlações” torna-se mais rica com os demais resultados referentes às mesmas variáveis correlacionadas. Dessa forma, as correlações encontradas estão apresentadas junto aos demais objetivos específicos.

Além disso, também destacamos que a “caracterização dos sujeitos de pesquisa” dos dois estudos são apresentadas como introdução aos demais objetivos, portando discussão e resultados acontecem concomitantemente.

– ESTUDO 1 –

Objetivo 1 - Descrever o perfil de homens e mulheres pré e pós lesão medular

4.1. Resultados

Como forma de caracterização geral dos sujeitos de pesquisa 1, apresentamos a tabela 6. Pudemos perceber que a média de idade entre homens e mulheres não variou muito. Além disso, também encontramos um equilíbrio no nível de escolaridade dos participantes, com a grande maioria de ambos – homens e mulheres – com o segundo grau ou mais (82,6% e 82,3% respectivamente).

Com relação à prática de atividade física, percebemos que a maioria dos homens e das mulheres praticam regularmente. Ao questionarmos a frequência dessa atividade física, os homens alcançam maiores médias quando comparados às mulheres.

Também questionamos nossos sujeitos de pesquisa sobre como se consideravam em termos de religiosidade e sexualidade – conservadores ou liberais. Percebemos que os homens foram mais liberais que as mulheres tanto em termos religiosos quanto em termos sexuais (quanto menor a mediana, maior o conservadorismo). Interessante destacar que tanto homens quanto mulheres são mais liberais em relação ao sexo do que em relação à religião.

Para conhecermos melhor nossos sujeitos de estudo, e também para traçar seus perfis afetivo-sexuais, questionamos os participantes sobre a importância que davam ao sexo e ao amor. Pudemos perceber que homens e mulheres atribuem uma grande importância a ambos, embora como já se esperasse, as mulheres atribuem valores maiores ao amor quando comparadas aos homens; e homens atribuem valores maiores ao sexo quando comparados às mulheres. Vale ressaltar nossa surpresa em relação ao alto valor da mediana dos homens para a importância dada ao amor ($M_d=9,00$).

No estudo de Singh e Sharma (2005) com 40 mulheres com lesão medular, os achados foram semelhantes ao do presente estudo: uma substancial porção dos sujeitos participantes relatou que tinham interesse em sexo (72,5%) e entendiam a importância do sexo nas suas vidas (87,5%) após a lesão.

Tabela 6: Caracterização geral dos sujeitos de pesquisa.

Sexo	Idade ¹	Escolaridade ²	Sócio-econômico ³	Atividade Física	Frequência de Atividade física ⁴	Religiosidade ⁵	Sexualidade ⁵	Importância do Sexo ⁵	Importância do Amor ⁵	
Homem	32,03 sd=9,56	Até 1º grau	17,4%	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	74,3% praticam n=81	2,26 sd=1,62	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 5,75 Q _{3/4} = 9,00	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	9,00 Q _{1/4} = 7,75 Q _{3/4} = 10,00
		Até 2º grau	39,4%							
		3º grau ou mais.	43,2%							
n	109	109	110	109	58	58	58	58	58	
Mulher	31,64 sd=9,53	Até 1º grau	17,7%	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	61,3% praticam n=19	1,43 sd=1,69	5,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 7,50	6,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 7,00	6,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 7,00	10,00 Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00
		Até 2º grau	41,2%							
		3º grau ou mais.	41,1%							
n	33	34	34	31	21	21	21	21	21	

Abreviações: sd = desvio padrão; Q1/4 = Quartil inferior; Q3/4 = Quartil superior.

¹ Média de idade em anos e desvio padrão

² Percentual por categoria escolar

³ Mediana de uma escala de 04 itens

⁴ Média da frequência de atividade física semanal

⁵ Mediana de uma escala ordinal do tipo *Likert* com amplitude de 0 a 10

Com relação ao estado civil dos participantes, questionamos os mesmos nos períodos pré e pós-lesão. Dos 143 participantes respondentes pré-lesão, 99 (69,2%) eram solteiros, 29 (20,3%) casados, 10 (7%) com união estável, e 5 (3,5%) separados ou viúvos. Pós-lesão dos 144 participantes respondentes 79 (54,9%) eram solteiros, 41 (28,5%) casados, 9 (6,2%) com união estável e 15 (10,4%) separados ou viúvos.

Ao compararmos os dois períodos, pré e pós-lesão, percebemos que tanto o número de solteiros, quanto de pessoas em união estável diminuiu. Porém o número de casados e de separados ou viúvos, aumentou. Um estudo realizado na Suécia (dados desde 1982) com 190 sujeitos com idades entre 18 e 75 anos, mostrou que 65% dos homens e 52% das mulheres com lesão medular traumática eram casadas ou tinham união estável; 16% dos homens e 26% das mulheres eram divorciadas (Valtonen et al, 2006). No estudo de Salino e Vaccaro (2006) enquanto os casados durante o tempo de lesão medular tiveram um subsequente aumento na taxa de separação e divórcio, mais de 75% de tais casamentos permaneceram intactos 5 anos após a lesão. Segundo os autores da mesma pesquisa, pessoas com lesão medular casam com uma taxa menor que a população em geral, talvez devido a pobreza na qual muitos deles vivem, assim como em virtude do decréscimo na quantidade de contato social; aproximadamente 90% dos solteiros na época da lesão medular continuaram solteiros 5 anos depois da lesão, comparado com uma taxa esperada de 65% na ausência de lesão medular.

Kellet (1990) ainda acrescenta que as mulheres tendem a perder mais seus parceiros do que os homens, embora em nosso estudo não tenhamos encontrado essa evidência.

Nesse estudo contamos com a participação de representantes de 13 estados brasileiros (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo) sendo que destes, a maioria dos participantes eram dos estados Paraná (25%), São Paulo (25%) e Santa Catarina (16,7%).

Na tabela 7, apresentamos a caracterização da lesão medular dos sujeitos pesquisados. Percebemos que o tempo de lesão medular entre homens e mulheres, embora com mediana menor para os homens, não foi tão distante da mediana das mulheres. Com relação à causa da lesão medular, os acidentes de trânsito tomam a dianteira entre os mais frequentes causadores da lesão tanto em homens quanto em mulheres. A segunda principal causa encontrada entre os homens foi o mergulho em águas rasas; nas mulheres, temos as quedas em segundo lugar. Interessante destacar que “mergulho em águas rasas” não foi causador de nenhuma lesão em

mulheres desse estudo. Em terceiro lugar, para ambos, aparecem os acidentes com arma de fogo, embora com maior frequência entre os homens.

Em pesquisa feita por Sekhon e Fehlings (2001), os acidentes de trânsito foram responsáveis por 40 à 50% dos casos de lesão nos EUA. No Brasil, segundo a rede SARAH de hospitais de reabilitação e também a AACD – São Paulo, os maiores responsáveis pelas lesões medulares são os acidentes de trânsito e as armas de fogo, assim como demonstrado em nossos sujeitos de pesquisa. Também Burt (2004) defende que as principais causas da lesão são os acidentes automobilísticos, quedas de alturas ou do próprio nível, acidentes esportivos e, em algumas culturas, lesões ocasionadas por violência intencional. Dados do American Model System indicam que a violência intencional é aproximadamente 20 vezes mais comum em homens do que em mulheres (Go, DeVivo, Richards 1995, apud Burt, 2004).

Com relação ao tipo de lesão medular, tanto homens quanto mulheres apresentaram mais lesões completas do que incompletas; e também mais lesões do tipo paraplegia do que tetraplegia. Segundo Burt (2004) as áreas mais suscetíveis a lesão são os segmentos mais baixos da cervical e a junção torácico-lombar – responsáveis pelas lesões do tipo paraplegia. Burke et al. citados por Burt (2004) encontraram em seus estudos 49,7% de lesões cervicais (tetraplegia) e 50,3% de torácicas e lombares (paraplegia), ou seja, a maioria delas do tipo paraplegia, como em nosso estudo.

Tabela 7: Caracterização da lesão medular dos sujeitos de pesquisa.

Sexo	Tempo de LM¹	Causa da LM		Tipo de LM		Para/tetra	
Homem	8,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 14,00	Acidente de trânsito	40,9%	Completa	24,6%	Paraplegia	59,3%
		Mergulho – raso	17,3%	Incompleta	67,2%		
		Arma de fogo	17,3%	Não sabe	6,6%	Tetraplegia	40,7%
		Quedas	12,7%	Não diagnosticada	1,6%		
		Outros	11,8%				
n	108	110		61		108	
Mulher	9,50 Q _{1/4} = 4,75 Q _{3/4} = 14,00	Acidente de trânsito	58,9%	Completa	57,1%	Paraplegia	61,8%
		Quedas	14,7%	Incompleta	38,1%		
		Arma de fogo	2,9%	Não sabe	0%	Tetraplegia	38,2%
		Esportes	2,9%	Não diagnosticada	4,8%		
		Outros	20,6%				
n	34	34		21		34	

Abreviações: LM = lesão medular; Para = paraplegia; Tetra = tetraplegia; Q1/4 = Quartil inferior; Q3/4 = Quartil superior.

¹ Mediana do tempo em anos de lesão medular

Ainda como forma de caracterização da lesão medular dos participantes, questionamos os mesmos com relação à classificação adotada pela ASIA (*American Spinal Injury Association*) desenvolvida em 1992. Dos 79 participantes que responderam essa questão, 68 (86,1%) não conheciam a classificação adotada pela ASIA. Os 11 participantes que conheciam a classificação ficaram classificados da seguinte forma:

- 4 ASIA A;
- 2 ASIA B;
- 3 ASIA C e
- 2 ASIA D.

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 8 vemos as correlações para idade e escolaridade de homens antes da lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 8: Correlações¹ de Homens PRÉ-lesão – Idade / Escolaridade.

		Idade do participante em anos
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,527**
	Frequência semanal de atividade física	-0,543**
	Realizava ABRAÇOS	-0,284*
<i>Orientação</i>	Gostava de receber BEIJOS	-0,284*
	Gostava de receber ABRAÇOS	-0,322*
	Sentir prazer nos TESTÍCULOS	-0,341*
		Grau de escolaridade do participante
<i>Prática</i>	Itens que o participante tem em casa	0,463**
	Tempo de vida sexual ativa	-0,328**
	Frequência sexual semanal	-0,252*
<i>Orientação</i>	Gostava de receber SEXO ORAL	0,323*

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Como já se esperava, percebemos que os homens com mais idade são os mesmos que têm maior tempo de vida sexual ativa (correlação positiva). Já com relação à “frequência de atividade física” percebemos que os sujeitos com maior idade têm menor frequência (correlação negativa), ou seja, pode-se sugerir que os participantes mais novos, receberam maior incentivo para prática de atividades física talvez devido à maior importância dada às pessoas com deficiência física atualmente. Jogos especiais, competições nacionais e até mesmo internacionais existindo cada vez em maior número e notoriedade para que ocorra uma maior adaptação dos deficientes físicos. Além disso, em muitos casos os treinamentos esportivos são uma das poucas oportunidades de convívio social dessas pessoas, já que nos locais onde ocorrem os eventos ou treinamentos o acesso é adaptado e o grande número de deficientes físicos faz com que todos sintam-se à vontade, ou melhor, “entre semelhantes”.

Com relação ao grau de escolaridade dos homens, destacamos a correlação existente com os “itens que o participante tem em casa” (correlação positiva), ou seja, fortalece nossa tentativa de estabelecer esse critério como indicador social, já que as pessoas com maior escolaridade, são as mesmas que têm maior quantidade de itens de consumo elitizados.

Na tabela 9 vemos as correlações para Religiosidade e Sexualidade para homens antes da lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 9: Correlações¹ de Homens PRÉ-lesão – Religiosidade / Sexualidade.

		RELIGIOSIDADE
<i>Orientação</i>	Termos de sexualidade	0,391**
	Gostava de receber BEIJO	0,300*
	Sentir prazer na BARRIGA	-0,331*
		SEXUALIDADE
	Termos de religiosidade	0,391**
	SEXO importante	0,483**
<i>Prática</i>	Realizava SEXO ORAL	0,275*
<i>Orientação</i>	Gostava de receber ABRAÇO	0,297*
	Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,361**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

As questões “Religiosidade” e “Sexualidade” foram baseadas, respectivamente, nas questões: Em termos de RELIGIOSIDADE como você se considera? Como você se avaliaria em termos de SEXUALIDADE? Para as duas questões as respostas eram as mesmas: uma escala ordinal de 11 pontos, com o zero significando máximo conservadorismo, e 10 máximo liberalismo. Em termos de religiosidade destacamos que os homens mais liberais foram também mais liberais em relação à sexualidade. Em termos de sexualidade, os participantes mais liberais foram os que deram maior importância ao sexo, e eram os que mais realizavam sexo oral.

Nas tabelas 10 e 11 podemos ver os achados correlacionais para os homens após a lesão medular. Na primeira, e em relação à religiosidade e à sexualidade. Na segunda em relação à idade do participante, atividade física que realizava e nível de escolaridade.

Tabela 10: Correlações¹ de Homens PÓS-lesão – Religiosidade / Sexualidade.

		RELIGIOSIDADE
	Termos de sexualidade	0,391**
<i>Prática</i>	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,341**
	Orientação X Qualidade de vida	-0,316*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,297*
	Termos de religiosidade	0,391**
	SEXO importante	0,483**
<i>Prática</i>	Realiza SEXO ORAL	0,329*
	Realiza VIBRADOR	0,320*
	Realiza PENETRAÇÃO	0,279*
	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	0,327*
	Parceiro gosta de receber VIBRADOR	0,408**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,281*
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,292*
	Gosta de receber VIBRADOR	0,302*
	Sente prazer PESCOÇO	0,283*
	Sente prazer ORELHAS	0,491**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,350**
	Ajuste sexual PSICOLÓGICO	0,348**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Em relação à tabela 10 vemos que a quantidade de correlações para as duas variáveis no período PÓS-lesão foi bem maior quando comparado ao período pré-lesão. Novamente a correlação entre religiosidade e sexualidade se mantém, com os mais conservadores em relação à religiosidade sendo também os mais conservadores em relação à sexualidade.

Em termos de sexualidade, percebemos que a “prática sexual” aparece com 3 variáveis correlacionadas. Já a “orientação sexual”, ou seja, o que se gosta de fazer, aparece com 7 variáveis. Com isso sugerimos que o que se gosta de fazer (orientação) está mais vinculado a como as pessoas se consideram em termos de sexualidade, do que com o que se efetivamente faz no sexo (prática).

Além disso percebemos que tanto os homens mais liberais em termos de religiosidade quanto os mais liberais em termos de sexualidade, apresentaram maior ajuste sexual físico. Outro ponto de destaque foi em relação à variável “aconselhamento X qualidade de vida”, ou seja, os participantes mais conservadores em termos de religiosidade foram os que mais acreditavam que maior aconselhamento sexual poderia melhorar sua qualidade de vida. Nos parece que os participantes mais conservadores em termos de religiosidade, atribuem aos outros (aconselhadores) seu sucesso sexual.

Na tabela 11, em relação à “Idade em anos” dos homens, vemos que a quantidade de correlações pós-lesão também foi maior do que pré-lesão. Novamente, a frequência de atividade física, mantém-se negativa, ou seja, com homens mais velhos praticando menos exercício físico. Os participantes com maior idade, apresentaram também maior quantidade de parceiros sexuais, e maior tempo de vida sexual ativa. Também destacamos que os homens com maior idade declararam realizar menos BEIJOS, gostar menos de BEIJOS e perceber que seus parceiros gostavam menos de BEIJOS. Talvez essa questão do “beijo” esteja vinculada com a necessidade dos homens com mais idade demonstrarem que são capazes de realizar outras atividade sexuais mais viris após a lesão medular. Além disso, pode-se imaginar que o contexto sócio-histórico dos homens com mais idade, por terem nascido em outro momento, talvez tenha sido de maior repressão, com limitações de demonstrações de intimidade e afetividade, como é o caso do “beijo”.

Em relação ao “Grau de escolaridade” dos sujeitos, percebemos novamente a correlação com os itens de consumo que têm em casa, reafirmando nossa tentativa de estabelecer esse critério como indicador social, como citado anteriormente (pessoas com maior escolaridade, são as mesmas que têm maior quantidade de itens de consumo).

Tabela 11: Correlações¹ de Homens PÓS-lesão – Idade / Escolaridade / Tempo de lesão medular.

		Idade do participante em anos
<i>Prática</i>	Frequência semanal de atividade física	-0,543**
	Tempo de Lesão Medular	0,594**
	Realiza BEIJO	-0,298*
	Nº de parceiros sexuais	0,350**
	Tempo de vida sexual ativa	0,495**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber BEIJO	-0,365**
	Parceiro gosta de receber ABRAÇO	-0,347*
	Gosta de receber BEIJOS	-0,337*
	Sentir prazer PEITO	0,356**
		Grau de escolaridade do participante
<i>Prática</i>	Itens que o participante tem em casa	0,463**
	Tempo de Lesão Medular	0,208*
		Tempo de Lesão Medular
<i>Prática</i>	Idade do participante em anos	0,594**
	Frequência semanal de atividade física	-0,333*
	Escolaridade	0,208*
	Itens que o participante tem em casa	0,191*
	Tempo de vida sexual ativa	0,647**
<i>Orientação</i>	Nº de parceiros sexuais	0,521**
	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	0,333*
<i>Satisfação</i>	Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,296*
	Satisfação sexual	0,295**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,255*
	Frequência do orgasmo	0,333*
	Intensidade do orgasmo	0,317**
	Adaptação sexual	0,342**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Referente ao “Tempo de Lesão Medular”, ainda na tabela 11, destacamos as variáveis da resposta sexual: Excitação sexual, Frequência do orgasmo e Intensidade do orgasmo, onde percebemos que aumentando o tempo de lesão medular, as 3 variáveis sofrem aumento. Além dessas, a “satisfação sexual” e a “adaptação sexual” também mostraram-se maiores nos homens com maior tempo de lesão medular. Podemos sugerir que a vivência da situação, como já se imaginava, modifica, positivamente, a percepção dos homens em relação à sua nova condição sexual. Talvez a experiência e o aprendizado sejam responsáveis por essa melhor adaptação do sujeito com maior tempo de lesão medular, já que o “nº de parceiros sexuais” também foi maior para os homens com maior tempo de lesão medular.

Correlações - Mulheres

Na tabela 12 vemos as correlações para o nível de escolaridade de mulheres antes da lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual. Diferentemente dos homens, entre as mulheres não houve correlação de nenhuma variável com a idade da participante em anos.

Tabela 12: Correlações¹ de Mulheres PRÉ-lesão – Escolaridade.

		Grau de escolaridade do participante
	Frequência semanal de atividade física	0,555**
	Itens que o participante tem em casa	0,661**
<i>Prática</i>	Frequência sexual	-0,416*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber SEXO ANAL	0,638*
	Sentia prazer NÁDEGAS	-0,574*
<i>Resposta</i>	Tempo lubrificação vaginal	-0,572*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Percebemos que entre as mulheres, como falamos anteriormente, os “itens que a participante tem em casa” voltam a apresentar correlação com a escolaridade. Também destacamos que as mulheres mais escolarizadas praticavam mais atividade física. Em relação aos aspectos da sexualidade, vemos que a “frequência sexual” e a percepção do “tempo de lubrificação vaginal” (variável de resposta sexual) foram maiores para as mulheres menos escolarizadas antes da lesão medular.

Na tabela 13 temos as correlações de Religiosidade e Sexualidade para mulheres antes da lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Como aconteceu entre os homens, as mulheres com maior liberalismo em relação à religiosidade foram também mais liberais em relação à sexualidade. Além disso, as mulheres mais liberais em termos religiosos e em termos sexuais, deram maior importância ao sexo em suas vidas.

Tabela 13: Correlações¹ de Mulheres PRÉ-lesão – Religiosidade / Sexualidade.

		RELIGIOSIDADE
	Termos de sexualidade	0,769**
	SEXO importante	0,468*
<i>Prática</i>	Realizava SEXO ORAL	0,543*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,568*
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,522*
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,514*
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,526*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,577*
<i>Resposta</i>	Intensidade do orgasmo	0,669*
		SEXUALIDADE
	Termos de religiosidade	0,769**
	SEXO importante	0,835**
<i>Prática</i>	Realizava SEXO ORAL	0,472*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,648**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,592**
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,607**
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,683*
	Desejo sexual	0,488*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Especificamente em termos de religiosidade percebemos que as mulheres mais liberais PRÉ-lesão, foram as mesmas que declararam maior “desejo sexual”, maior “satisfação sexual” e maior “intensidade do seu orgasmo”. Além disso, declararam que realizavam mais “sexo oral”, “penetração”, “toques íntimos” e “estimulação manual” PRÉ-lesão. Da mesma forma, as mulheres que se declararam mais liberais em termos de sexualidade, também declararam praticar mais as 4 atividades acima, assim como declararam maior “desejo sexual” antes da lesão medular. Podemos inferir com isso, que o fato de serem mais liberais tanto em termos religiosos como em termos sexuais, possibilitou às mulheres maior experiência sexual e com isso maior satisfação sexual antes da lesão medular.

Nas tabelas 14 e 15 veremos ver os achados correlacionais para as mulheres após a lesão medular. Na primeira tabela em relação à religiosidade e à sexualidade. Na segunda em relação à idade do participante, atividade física que realizava e nível de escolaridade.

Podemos perceber primeiramente, o grande aumento nas variáveis correlacionadas tanto em relação aos termos de “religiosidade” quanto aos termos de “sexualidade” PÓS-lesão medular (tabela 14). Destacamos que as mulheres mais liberais em termos de religiosidade realizavam mais “beijo”, “abraço”, “sexo oral” e “penetração” após a lesão

medular. Além disso, com maior liberalismo religioso, também declararam maior satisfação sexual. Finalmente, as mulheres mais liberais (em termos religiosos) também tiveram maior ajuste sexual físico e psicológico, assim como maior adaptação sexual. Imaginamos com isso que as mulheres mais liberais permitem-se maiores experiências sexuais, com isso acabam tendo maiores níveis de satisfação sexual e também maior ajuste e adaptação sexual.

Tabela 14: Correlações¹ de Mulheres PÓS-lesão – Religiosidade / Sexualidade.

		RELIGIOSIDADE
	Termos de sexualidade	0,769**
	SEXO importante	0,468*
<i>Prática</i>	Realiza BEIJO	0,624**
	Realiza ABRAÇO	0,563*
	Realiza SEXO ORAL	0,705**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,624**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,540*
<i>Orientação</i>	Sente prazer BARRIGA	0,572*
	Sente prazer COXAS	0,570*
	Aconselhamento sexual	0,504*
	Ajuste sexual PSICOLÓGICO	0,474*
	Adaptação sexual	0,565*
		SEXUALIDADE
	Termos de religiosidade	0,769**
	SEXO importante	0,835**
<i>Prática</i>	Realiza BEIJO	0,477*
	Realiza ABRAÇO	0,493*
	Realiza SEXO ORAL	0,658**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,741**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,535*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,677**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,664**
	Lubrificação vaginal	0,554*
	Tempo de lubrificação vaginal	0,522*
<i>Orientação</i>	Sente prazer ÂNUS	0,617*
	Sente prazer COXAS	0,683**
	Sente prazer PERNA	0,526*
	Desejo sexual	0,578**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,595*
	Aconselhamento sexual	0,459*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,658**
	Ajuste sexual PSICO	0,530*
	Adaptação sexual	0,642**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Ainda em relação à tabela 14, agora referente às correlações para termos de “sexualidade”, destacamos que as mulheres mais liberais em termos de sexualidade foram as que declararam maiores práticas sexuais após a lesão medular (5 variáveis referentes à prática sexual). Também declararam maior satisfação sexual, maiores excitação sexual e lubrificação vaginal e também maior desejo sexual. Finalmente, elas também foram as que declararam ter recebido maior nível de aconselhamento sexual, além de se declararem mais ajustadas sexual – fisicamente e psicologicamente – assim como mais adaptadas sexualmente. Com isso, acreditamos que novamente, talvez o liberalismo sexual dessas mulheres, possa lhes propiciar maiores experiências sexuais e com isso maiores ajuste, adaptação e satisfação sexuais.

Tabela 15: Correlações¹ de Mulheres PÓS-lesão – Idade / Escolaridade / Tempo de lesão medular.

		Idade do participante em anos
<i>Orientação</i>	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,588*
		Grau de escolaridade do participante
	Frequência semanal de atividade física	0,555**
	Itens que o participante tem em casa	0,661**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,670**
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	-0,592*
	Adaptação sexual	0,368*
		Tempo de Lesão Medular
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,414*
<i>Orientação</i>	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,523*
	Aconselhamento sexual	-0,472*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 15, vemos que as mulheres com mais idade, declararam gostar mais de receber toques íntimos. Já com relação ao “grau de escolaridade”, as mais escolarizadas declararam gostar menos de receber toques íntimos após a lesão medular. Por outro lado, as mulheres mais escolarizadas, declararam maior prática de atividade física, mais itens de consumo em casa, e maior adaptação sexual pós-lesão.

Com relação ao “tempo de lesão medular” vemos que as de maior tempo, têm maior tempo de vida sexual ativa. Além disso declararam gostar mais de receber toques íntimos após

a lesão medular. Por fim, as mulheres que tem mais tempo de lesão medular, declararam ter recebido menor quantidade de aconselhamento sexual.

Objetivo 2 - Verificar e comparar o perfil afetivo-sexual dos participante com o nível de satisfação, nível de excitação, nível de desejo, nível de ajuste e freqüência sexuais pré e pós lesão medular em homens e mulheres.

4.2. Resultados

Nesse estudo objetivamos traçar um perfil denominado “afetivo-sexual” onde enquadrámos os participantes em dois grupos: sexual, onde o participante dá maior valor ao sexo do que ao amor; e romântico, onde o participante dá maior valor ao amor do que ao sexo (questões 19 e 20 do QSH-LM). Ao dividirmos os participantes também pelo sexo teremos 4 grupos possíveis para enquadrarmos os sujeitos de pesquisa: homem romântico, homem sexual, mulher romântica e mulher sexual.

Ao analisarmos os dados de nossos participantes, encontramos apenas 3 grupos: homens sexuais e românticos, com a grande maioria enquadrada no grupo dos românticos; e mulheres românticas apenas, pois todas as participantes ou atribuíam a mesma importância para sexo e amor, ou atribuíam maior valor ao amor. Por isso comparamos os homens sexuais e românticos, e as mulheres e homens românticos. Os resultados podem ser vistos nas tabelas 16 e 17.

Tabela 16: Homem sexual X Homem romântico PRÉ-lesão medular.

PRÉ-LESÃO MEDULAR	Homem		Teste U	P
	Sexual n=8	Romântico n=30		
Satisfação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 10,00	8,50 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 9,75	107,00	0,846
Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,5 Q _{1/4} = 8,25 Q _{3/4} = 10,00	9,00 Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00	108,00	0,752
Desejo Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10 Q _{1/4} = 9,25 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	59,50	0,029
Freqüência Sexual (semanal)	3,50 Q _{1/4} = 0,25 Q _{3/4} = 5,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,00	94,50	0,590

Tabela 17: Homem sexual X Homem romântico PÓS-lesão medular.

PÓS-LESÃO MEDULAR	Homem		Teste U	P
	Sexual n=8	Romântico n=30		
Frequência Sexual (Semanal)	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	111,50	0,984
Satisfação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	4,50 Q _{1/4} = 1,25 Q _{3/4} = 5,75	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 7,00	65,50	0,73
Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,50 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,75	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,50	110,50	0,838
Desejo Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 9,00	100,00	0,548
Ajuste Sexual Físico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,25	100,00	0,469
Ajuste Sexual Psicológico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 8,75	7,00 Q _{1/4} = 4,75 Q _{3/4} = 8,00	96,00	0,383
Adaptação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 3,25 Q _{3/4} = 7,75	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,25	109,00	0,689

Pudemos perceber que as medianas dos participantes românticos e sexuais foram muito próximas, tanto no período pré-lesão medular, quanto no período pós-lesão medular, com relação as variáveis analisadas. A única variável que apresentou diferença significativa entre os dois grupos de homens, foi o Desejo Sexual, onde o homem romântico, pré-lesão medular, apresentou uma mediana MENOR quando comparado ao homem sexual no mesmo período.

Ao compararmos homens e mulheres com a mesma característica (perfil romântico), percebemos que pré-lesão medular, todas as variáveis tiveram diferenças, com medianas mais altas para o homem (tabela 18). Das quatro variáveis testadas, duas delas apresentaram

diferenças estatisticamente significativas: excitação sexual e desejo sexual ($p=0,047$ e $p=0,009$ respectivamente).

Tabela 18: Homem romântico X Mulher romântica PRÉ-lesão medular.

PRÉ-LESÃO MEDULAR	Perfil Romântico		Teste U	p
	Homem n=29	Mulher n=15		
Satisfação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 9,75	8,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,50	121,00	0,083
Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 10,00	118,50	0,047
Desejo Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	6,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,00	113,50	0,009
Freqüência Sexual (Semanal)	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,00	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	115,50	0,280

Já pós-lesão medular 3 variáveis não mostraram diferenças entre as medianas de homens e mulheres (freqüência sexual, adaptação sexual e satisfação sexual); em outras 3 as mulheres obtiveram medianas mais altas que as dos homens (ajuste sexual físico e psicológico, e excitação sexual); por fim, em apenas uma variável os homens apresentaram mediana maior (desejo sexual). Em nenhuma das variáveis pós-lesão encontramos diferenças estatisticamente significativas (tabela 19).

Tabela 19: Homem romântico X Mulher romântica PÓS-lesão medular.

PÓS-LESÃO MEDULAR	Perfil Romântico		Teste U	p
	Homem	Mulher		
	n=30	n=19		
Satisfação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 7,00	6,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 7,50	215,50	0,595
Frequência Sexual (Semanal)	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	171,00	0,484
Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,50	8,00 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 9,00	218,50	0,520
Desejo Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 8,00	199,50	0,174
Ajuste Sexual Físico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,25	6,50 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 8,25	207,50	0,179
Ajuste Sexual Psicológico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 4,75 Q _{3/4} = 8,00	8,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	250,50	0,473
Adaptação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,25	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,50	229,50	0,568

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 20 vemos as correlações de “Importância do amor” e “Importância do sexo” para homens antes da lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 20: Correlações¹ de Homens PRÉ-lesão – Importância do amor e do sexo.

		SEXO importante	
	Termos de sexualidade	0,483**	
	Amor importante	0,319*	
<i>Prática</i>	Realizava BEIJO	0,339*	
	Realizava SEXO ORAL	0,317*	
	Realizava TOQUES ÍN.	0,367**	
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,303*	
	Parceiro Gostava de receber SEXO ORAL	0,312*	
	Parceiro Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,463**	
	Parceiro Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,370**	
	Parceiro Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,347*	
	<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,514**
		Gostava de receber SEXO ORAL	0,337*
Gostava de receber PENETRAÇÃO		0,300*	
Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS		0,400**	
Sentir prazer no PEITO		0,275*	
<i>Resposta</i>	Sentir prazer no PÊNIS	0,461**	
	Ejaculação	0,396**	
	Frequência do orgasmo	0,303*	
		AMOR importante	
	Sexo importante	0,319*	
	Realizava SEXO ANAL	0,352**	
<i>Prática</i>	Nº de parceiros sexuais	0,303*	
	Parceiro Gostava de receber SEXO ANAL	0,439**	
<i>Orientação</i>	Sentir prazer no PEITO	0,320*	
<i>Resposta</i>	Excitação	0,268*	
	Ejaculação	0,489**	
	Frequência do orgasmo	0,285*	

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 21 vemos correlações de “Importância do amor” e “Importância do sexo” para homens depois da lesão.

Tabela 21: Correlações¹ de Homens PÓS-lesão – Importância do amor e do sexo.

		SEXO importante
<i>Prática</i>	Termos de sexualidade	0,483**
	Amor importante	0,319*
	Realiza VIBRADOR	0,289*
	Realiza PENETRAÇÃO	0,263*
<i>Orientação</i>	Parceiro Gosta de receber SEXO ORAL	0,349*
	Parceiro Gosta de receber VIBRADOR	0,361*
	Parceiro Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,296*
	Parceiro Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,392**
	Desejo sexual	0,439**
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,415**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,412**
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,496**
	Gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,381*
	Gosta de receber SEXO ANAL	0,327*
	Sentir prazer na BOCA	0,325*
	Sentir prazer no PESCOÇO	0,278*
	Sentir prazer nas ORELHAS	0,387**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,269*
Ajuste sexual PSICO	0,298*	
		AMOR importante
<i>Orientação</i>	Sexo importante	0,319*
	Sentir prazer no PESCOÇO	0,397**
	Sentir prazer no PEITO	0,325*
	Aconselhamento X Qualidade de vida	0,264*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações - Mulheres

Na tabela 22 vemos as correlações de “Importância do sexo” para mulheres antes da lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual. Entre as mulheres não encontramos correlações para a variável “Importância do amor”.

Tabela 22: Correlações¹ de Mulheres PRÉ-lesão – Importância do sexo.

		SEXO importante
	Termos de religiosidade	0,468*
	Termos de sexualidade	0,835**
<i>Prática</i>	Realizava PENETRAÇÃO	0,500*
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,486*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,716**
	Parceiro gostava de receber SEXO ANAL	-0,629*

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 23 vemos as correlações de “Importância do Amor” e “Importância do Sexo” para mulheres depois da lesão.

Tabela 23: Correlações¹ de Mulheres PÓS-lesão – Importância do Sexo e do Amor.

		SEXO importante
	Termos de religiosidade	0,468*
	Termos de sexualidade	0,835**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,475*
	Realiza SEXO ORAL	0,680**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,767**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,469*
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,626**
	Frequência sexual	0,699**
	Desejo sexual	0,623**
<i>Orientação</i>	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,641**
	Sente prazer ÂNUS	0,624*
	Sente prazer COXAS	0,500*
	Sente prazer CLITÓRIS	0,469*
	Sente prazer PERNA	0,600*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,788**
	Excitação sexual	0,789**
<i>Resposta</i>	Lubrificação vaginal	0,522*
	Tempo de lubrificação vaginal	0,620**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,863**
	Ajuste sexual PSICO	0,623**
	Adaptação sexual	0,740**
		AMOR importante
<i>Prática</i>	Realiza ABRAÇOS	0,473*
	Realiza SEXO ORAL	0,477*
	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	0,763**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,565*
	Sente prazer BOCA	0,503*

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.3. Discussão

Após traçarmos o perfil “afetivo-sexual” dos participantes do estudo, vimos que havia 3 categorias de sujeitos: homem romântico, homem sexual e mulher romântica. Percebemos que não houve a categoria “mulher sexual”, pois todas as participantes ou atribuíam a mesma importância para sexo e amor, ou atribuíam maior valor ao amor.

Comparando os grupos: Homem sexual X Homem romântico, pudemos perceber que as medianas dos participantes românticos e sexuais foram muito próximas, tanto no período pré-lesão medular, quanto no período pós-lesão medular, com relação as variáveis analisadas. A única variável que apresentou diferença significativa entre os dois grupos de homens, foi o “Desejo Sexual”, onde o homem romântico, pré-lesão medular, apresentou uma mediana MENOR quando comparado ao homem sexual no mesmo período (tabela 17), ou seja, o homem sexual – àquele que atrelou maior importância ao sexo – também declarou maior desejo sexual.

Já na comparação de homens e mulheres românticos, pré-lesão, das quatro variáveis analisadas, duas apresentaram diferença estatisticamente significativa: excitação sexual e desejo sexual ($p=0,047$ e $p=0,009$ respectivamente), com valores maiores para o homem. No período pós-lesão percebemos que nenhuma das variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres.

De acordo com Abdo (2004), no Brasil 77,2% das mulheres relacionam bom desempenho e satisfação sexual com afeto e sentimento no sexo, sendo o mesmo achado em 62,3% dos homens. Mais de 60% dos homens e quase 80% das mulheres concordam que tem de haver afeto para um bom desempenho e satisfação sexual; 40,1% das mulheres relacionam satisfação sexual com compromisso na relação, enquanto o mesmo ocorre com apenas 28,6% dos homens. A autora ressalta que diferenças entre homens e mulheres nesses quesitos podem ser fortemente influenciadas por diferenças sócio-econômicas muitas vezes não controladas.

Em relação às correlações encontradas para as duas variáveis que compuseram o perfil afetivo-sexual dos participantes – Importância do sexo e Importância do amor – encontramos nos homens, pré-lesão um número muito maior de variáveis correlacionadas com a importância do sexo do que correlacionadas com importância do amor (tabela 20).

Os homens que declararam maior importância ao sexo, também foram os mais liberais sexualmente. Além disso, 8 variáveis da prática sexual pré-lesão correlacionaram-se com a importância dada ao sexo, o que talvez signifique que os participantes que dão mais importância ao sexo, tinham mais prática sexual (variabilidade) antes da lesão. Já nas

correlações referentes à importância dada ao amor pelo participante, encontramos somente 2 variáveis relacionadas à prática sexual antes da lesão (tabela 20).

A orientação sexual do sujeito também se correlacionou com a importância dada ao sexo, através das variáveis: desejo sexual, gostar de receber sexo oral, penetração e toques íntimos, e sentir prazer no peito e no pênis, todas antes da lesão. Já com relação à importância dada ao amor, somente uma variável de orientação sexual apresentou correlação antes da lesão medular: sentir prazer no peito (tabela 20), o que se manteve também na análise pós-lesão medular (tabela 21).

No livro “O Corpo Fala – a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal” de Weil e Tompakow (2001) os autores destacam diferentes áreas e suas representações psicológicas. Segundo os autores, o “Peito” ou tórax, representa a vida emocional, enquanto o abdômen e áreas adjacentes (pelve) representam a vida instintiva. Isso pode nos levar a entender que nossa tentativa de divisão dos homens em sexuais e românticos pode ser sustentada, já que houve correlação da importância do amor com prazer no peito, e importância do sexo com prazer no pênis.

John Money (1986) descreveu o conceito de “mapa amoroso”, composto por diversos elementos que determinam o que se gosta como objeto de prazer. O autor definiu dois tipos de mapas: 1) Normofílico, o mapa amoroso típico da maioria numérica da população que consegue articular amor e sexo em um mesmo objeto de prazer, ou seja, em uma mesma pessoa. O mapa amoroso normofílico também apresenta diferentes níveis dessa articulação entre amor e sexo. Algumas pessoas não conseguem separar esses dois aspectos, tem sexo apenas quando amam, já outras conseguem distinguir e viver somente o sexo em algumas situações. 2) Parafilico, o mapa amoroso de uma minoria da população que tem dificuldades de juntar, mesmo que eventualmente, amor e sexo. Assim, o parafilico desenvolve uma sexualidade considerada por muitos como exótica ou “desviante”, pois inclui outros aspectos não comuns em sua vida sexual. Enfim, os parafilicos acabam desenvolvendo o desejo sexual por situações ou objetos atípicos, como o comportamento sexual explícito sadomasoquista, por exemplo, entre outros.

Duas variáveis da resposta sexual masculina correlacionaram-se com a importância dada ao sexo pré-lesão medular: capacidade de “ejaculação” e “Frequência do orgasmo”, ou seja, os homens que declararam maior frequência de orgasmo e maior capacidade ejaculatória antes da lesão medular deram maior importância ao sexo (tabela 20).

Em relação à variável “importância dada ao amor”, as duas variáveis da resposta sexual que se correlacionaram com “importância dada ao sexo”, voltaram a aparecer:

frequência do “orgasmo” e capacidade de “ejaculação”. Além delas, a excitação sexual também aparece (tabela 20). Já no período pós-lesão medular **nenhuma** variável de resposta sexual aparece correlacionando-se com “importância do sexo” ou “importância do amor” (tabela 21). Talvez essa ausência de correlações tenha ocorrido em virtude do impacto direto da lesão medular sobre a resposta sexual – a lesão afeta diretamente a ereção, a ejaculação e a lubrificação vaginal. Nesse caso, mais influente do que a “importância do amor e do sexo” sobre as variáveis sexuais seria a ausência de uma lesão medular.

No período pós-lesão (tabela 21) destacamos ainda que o número de variáveis correlacionadas com “importância dada ao sexo” referente à orientação sexual, comparando-se com o período pré-lesão, aumentou. No período pré-lesão as correlações foram maiores nas variáveis da prática sexual, no período pós-lesão as correlações foram em maior quantidade nas variáveis de orientação sexual, ou seja, a importância dada ao sexo pode estar mais vinculada ao que se **gosta de fazer**, do que ao que se **faz** no sexo após a lesão medular.

O Ajuste sexual aparece correlacionando-se com a importância dada ao sexo: novamente, os participantes que declararam maiores valores para a importância do sexo em suas vidas, também declararam maiores valores para o ajuste sexual físico e também psicológico. Já a importância dada ao amor, correlacionou-se com o nível de aconselhamento sexual e sua repercussão na qualidade de vida do sujeito, ou seja, maiores valores dados à importância do amor, também ocorreram na percepção de que maior aconselhamento sexual pode melhorar a qualidade de vida do sujeito (tabela 21). Isso talvez nos mostre que entre os participantes mais românticos (maiores valores dados à importância do amor) o aconselhamento sexual seja mais importante.

Nas correlações entre as mulheres, no período pré-lesão, somente a variável “Sexo importante”, ou seja, importância dada ao sexo pelas participantes, apresentou correlações. Entre as variáveis correlacionadas, encontramos os termos de “religiosidade” e de “sexualidade”, sendo assim, participantes mais liberais em termos de sexo e religião, deram mais importância ao sexo em suas vidas. Mais duas variáveis da prática sexual e duas da orientação sexual – referentes ao gosto do parceiro – correlacionaram-se com a importância dada ao sexo. Já pós-lesão, houve um grande acréscimo de variáveis correlacionadas com a importância do sexo. Destacamos as variáveis de orientação sexual, que antes da lesão-medular estavam vinculadas ao parceiro, agora, pós-lesão estão vinculadas ao desejo sexual, gostar de penetração, e à áreas de prazer do corpo das participantes. A satisfação sexual, a excitação sexual e a lubrificação vaginal também se correlacionaram com a importância dada ao sexo após a lesão. Talvez isso ocorra, por que as mulheres que dão mais importância ao

sexo percebem mais as variáveis relacionadas diretamente ao sexo, como é o caso da lubrificação vaginal.

As variáveis de ajuste sexual e adaptação sexual também aparecem correlacionadas com a importância dada ao sexo. Já com a importância dada ao amor, isso não ocorre, o que talvez nos mostre que quanto maior a importância do sexo na vida dos participantes, mais eles percebem o ajuste sexual e mais se adaptam sexualmente para manter a vida sexual ativa.

Comparando as correlações entre “importância do sexo” e “importância do amor” vemos que as regiões correlacionadas com a primeira são mais vinculadas ao sexo (ânus, coxas, clitóris). Já a única região correlacionada à segunda (boca) não demonstra a mesma vinculação sexual.

Ao final desse capítulo, destacamos que nossa proposta de divisão de participantes através dos critérios “sexual” e “romântico” tem chance de ser sustentado através de nossos achados: participantes mais sexuais estavam mais ligados às variáveis mais sexuais; participantes mais românticos estavam mais ligados às variáveis mais afetivas. Entre as mulheres ficou claro que o liberalismo sexual e religioso aconteceu entre as participantes que davam maior importância ao sexo, o que já se confirmou na literatura internacional, no estudo de Pluhar et al (1998) e no Brasil, no estudo de Santa Inez (1983). Percebemos ainda que a importância da ao sexo foi um dos responsáveis por maior busca por sexo e também por maior prática sexual nos homens. Além disso, destacamos algo interessante: o nível de ajuste sexual mostrou-se atrelado à importância dada ao sexo, enquanto o nível de aconselhamento sexual mostrou-se atrelado à importância dada ao amor. Isso nos permite aventar que para o ajuste sexual, ou seja, para uma adequação ao sexo, o quanto o sujeito valoriza o sexo é o mais importante. Já para os participantes mais românticos, o aconselhamento sexual foi muito presente. Talvez participantes mais românticos, permitam a proximidade e intimidade necessária para um bom aconselhamento sexual.

Objetivo 3 – Identificar e comparar a prática sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres

4.4. Resultados

Primeiramente questionamos os participantes em relação a praticarem ou não sexo antes e depois da lesão medular. Dos 110 homens que responderam a questão, pré-lesão, 99 (90%) responderam que sim, tinham vida sexual ativa. Entre as mulheres, das 34 participantes que responderam a questão, 23 (67,6%), também tinham vida sexual ativa. Pós-lesão, dos 109 homens respondentes, 85 (78%) declararam que tinham vida sexual ativa, assim como 18 (52,9%) das 34 mulheres respondentes.

Além disso, a prática sexual dos participantes foi explorada baseando-se em 3 variáveis: Tempo de vida sexual ativa, N°. de parceiros sexuais e Freqüência sexual. Na tabela 24 comparamos homens e mulheres no período pré-lesão, enquanto que na tabela 25 comparamos homens e mulheres após a lesão medular.

Tabela 24: Homens X Mulheres – Prática sexual PRÉ-lesão medular.

	PRÉ-LESÃO MEDULAR				Teste U	p
	Mulher		Homem			
	n		n			
Tempo de vida sexual ativa (em anos)	3,00		6,00		913,50	0,010
	Q _{1/4} = 1,00	27	Q _{1/4} = 3,00	100		
	Q _{3/4} = 7,00		Q _{3/4} = 11,75			
N°. de parceiros sexuais	1,00		8,00		188,00	0,002
	Q _{1/4} = 1,00	15	Q _{1/4} = 2,00	53		
	Q _{3/4} = 5,00		Q _{3/4} = 15,50			
Freqüência sexual (semanal)	2,00		3,00		906,00	0,056
	Q _{1/4} = 0,50	25	Q _{1/4} = 2,00	96		
	Q _{3/4} = 3,50		Q _{3/4} = 4,00			

Na tabela 24 pudemos perceber que os homens apresentaram medianas maiores do que as mulheres nas 3 variáveis apresentadas. Uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada em duas dessas variáveis (tempo de vida sexual ativa e nº. de parceiros sexuais).

Na tabela 25, com dados referentes ao período pós-lesão percebemos que embora as medianas dos homens sejam maiores do que as das mulheres, as diferenças entre elas não são estatisticamente significativas.

Tabela 25: Homens X Mulheres – Prática sexual PÓS-lesão medular.

	PÓS-LESÃO MEDULAR				Teste U	p
	Sexo		n	n		
	Mulher	Homem				
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	32	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	102	1298,50	0,080
Nº. de parceiros sexuais	1,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	18	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,75	56	363,00	0,068
Frequência sexual (Semanal)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	28	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	103	1434,00	0,963

Na tabela 26 apresentamos a diferença na prática sexual de homens e mulheres comparando os mesmos grupos, pré e pós-lesão medular. Com relação aos homens, as 3 variáveis avaliadas apresentaram diminuição após a lesão com diferença estatisticamente significativa.

Já com relação às mulheres, a mediana do nº. de parceiros sexuais manteve-se inalterada pré e pós-lesão, enquanto o tempo de vida sexual ativa e a frequência sexual apresentaram diminuição após a lesão medular, porém, estatisticamente significativa, somente a frequência sexual.

Tabela 26: Prática sexual de homens e mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.

<i>HOMEM</i>	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	P
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 11,75	100	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	102	-2,311	0,021
Nº. de parceiros sexuais	8,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 15,50	53	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,75	56	-3,733	>0,001
Frequência sexual (Semanal)	3,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 4,00	96	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	103	-5,535	>0,001
<i>MULHER</i>	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	P
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,00	27	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	32	-0,640	0,522
Nº. de parceiros sexuais	1,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 5,00	15	1,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	18	-0,491	0,623
Frequência sexual (Semanal)	2,00 Q _{1/4} = 0,50 Q _{3/4} = 3,50	25	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	28	-1,973	0,048

Na tabela 27 apresentamos as atividades realizadas por homens e mulheres pré-lesão medular. Primeiramente destacamos duas atividades: 1) Estimulação com vibrador, onde 100% dos participantes declararam não realizar pré-lesão medular; e 2) Sexo anal, onde 100% das mulheres declararam não realizar e pouquíssimos homens declararam realizar essa prática sexual. Nas 6 outras atividades analisadas os homens declararam maior prática sexual do que as mulheres, e em 3 delas – Toques íntimos, Estimulação manual e Sexo anal – essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Tabela 27: Homens X Mulheres – Atividades pessoais PRÉ-lesão.

	PRÉ-LESÃO MEDULAR					
Atividades que REALIZAVA	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
	9,00		10,00			
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 7,00	19	Q _{1/4} = 6,00	55	465,50	0,453
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 10,00			
	9,00		10,00			
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 6,00	19	Q _{1/4} = 6,00	55	461,50	0,424
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 10,00			
	2,00		5,00			
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 0,00	19	Q _{1/4} = 1,00	52	370,50	0,105
	Q _{3/4} = 7,00		Q _{3/4} = 7,75			
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	18	0	51	450,00	0,552
	5,50		7,00			
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 0,00	18	Q _{1/4} = 5,00	53	340,50	0,066
	Q _{3/4} = 7,75		Q _{3/4} = 10,00			
	5,50		8,00			
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 0,00	18	Q _{1/4} = 6,00	54	307,50	0,018
	Q _{3/4} = 7,75		Q _{3/4} = 10,00			
	4,50		7,00			
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 0,00	18	Q _{1/4} = 5,25	52	301,00	0,023
	Q _{3/4} = 8,50		Q _{3/4} = 9,00			
			0			
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	17	Q _{1/4} = 0,00	53	273,00	0,005
			Q _{3/4} = 3,50			

Na tabela 28 apresentamos as atividades que eles percebiam que seus parceiros sexuais mais gostavam de receber, antes da lesão medular. Percebemos que nessa questão houve um equilíbrio grande entre as medianas de homens e mulheres. Destacamos a prática sexual do “sexo anal” como algo interessante, pois 100% das mulheres declararam que seus (suas) parceiros(as) não gostavam da mesma ($M_d=0,00$), enquanto os homens declararam perceber que seus (suas) parceiros(as) gostavam pouco da mesma ($M_d=2,00$). Das 8 atividades avaliadas, encontramos diferença estatisticamente significativa somente em uma delas: na prática da penetração vaginal, com as mulheres declarando perceber que seus(suas) parceiros(as) gostavam mais quando comparados às percepções dos homens.

Tabela 28: Homens X Mulheres – Atividades do parceiro PRÉ-lesão.

Atividades que PARCEIRO GOSTAVA	PRÉ-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	14	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	51	323,50	0,544
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,50 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	14	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	51	328,50	0,616
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00		8,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 10,00	48	261,00	0,356
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	10	0	43	210,00	0,630
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 9,25 Q _{3/4} = 10,00	12	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	50	182,00	0,024
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 9,75	12	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	49	275,50	0,728
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	12	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	49	226,00	0,210
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	11	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	47	177,50	0,081

Na tabela 29 apresentamos as atividades realizadas por homens e mulheres pós-lesão medular. Novamente houve um equilíbrio muito grande entre as medianas de homens e mulheres, em alguns momentos as mulheres pontuaram mais alto, em outros os homens. Porém, com relação à atividade sexual “Sexo anal” embora as medianas dos dois grupos tenha sido zero, os homens declararam realizar mais do que as mulheres, e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 29: Homens X Mulheres – Atividades pessoais PÓS-lesão.

Atividades que REALIZAVA	PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 5,25 Q _{3/4} = 10,00	20	9,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	57	530,50	0,632
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	19	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	57	508,00	0,678
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,25	18	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	57	480,50	0,683
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	17	0	51	432,00	0,958
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	19	5,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,00	57	496,00	581,00
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	19	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	57	475,50	0,423
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	19	7,00 Q _{1/4} = 1,50 Q _{3/4} = 8,00	57	527,00	0,860
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	18	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,25	54	372,50	0,047

Na tabela 30 apresentamos as atividades que os participantes do estudo percebiam que seus parceiros sexuais mais gostavam de receber, depois da lesão medular. Duas atividades apresentaram diferenças estatisticamente significativas: sexo oral e penetração vagina, onde as mulheres declararam perceber que seus (suas) parceiro(as) gostavam de receber mais do que os homens em relação as (aos) suas (seus) parceiras(os). As demais atividades mostraram-se bastante equilibradas entre homens e mulheres.

Tabela 30: Homens X Mulheres – Atividades do parceiro PÓS-lesão.

Atividades que PARCEIRO GOSTAVA	PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,50 Q _{1/4} = 7,75 Q _{3/4} = 10,00	18	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	54	435,50	0,469
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,75 Q _{3/4} = 10,00	18	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	53	375,50	0,156
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,50 Q _{3/4} = 10,00	17	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	52	301,50	0,039
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	13	0	48	301,00	0,708
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	17	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	54	262,50	0,006
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	17	8,00 Q _{1/4} = 6,75 Q _{3/4} = 10,00	54	379,00	0,267
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	16	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	52	302,00	0,093
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 0,50	14	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	51	298,00	0,270

A tabela 31 nos mostra uma comparação entre os períodos pré e pós-lesão medular referente às atividades sexuais praticadas pelos homens. Percebemos que 3 atividades apresentaram diferenças significativas – sexo oral, penetração vaginal e estimulação manual – dessas, sexo oral apresentou-se aumentada após a lesão, enquanto penetração vaginal apresentou-se diminuída.

Tabela 31: Homens - Atividades que realizavam PRÉ e PÓS-lesão medular.

HOMEM Atividades que REALIZAVA	PRÉ- LESÃO MEDULAR	n	PÓS- LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	55	9,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	57	-0,203	0,839
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	55	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	57	-0,455	0,649
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,75	52	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	57	-2,655	0,008
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	51	0	51	-1,604	0,109
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	53	5,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,00	57	-2,805	0,005
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	54	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	57	-0,602	0,547
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,25 Q _{3/4} = 9,00	52	7,00 Q _{1/4} = 1,50 Q _{3/4} = 8,00	57	-2,081	0,037
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,50	53	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,25	54	-1,682	0,093

As mulheres também tiveram suas atividades comparadas nos dois períodos, pré e pós-lesão (tabela 32). Percebemos que as atividades de penetração vaginal, toques íntimos e estimulação manual apresentaram um considerável aumento após a lesão medular, porém esse aumento não foi estatisticamente significativo. Já a prática de sexo oral apresentou um grande aumento no período pós-lesão medular e esse aumento sim, com diferença estatisticamente significativa quando comparado ao período pré-lesão.

Tabela 32: Mulheres - Atividades que realizavam PRÉ e PÓS-lesão medular.

<i>MULHER</i> Atividades que REALIZAVA	PRÉ- LESÃO MEDULAR	n	PÓS- LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	19	9,00 Q _{1/4} = 5,25 Q _{3/4} = 10,00	20	-0,789	0,430
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	19	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	19	-1,160	0,246
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00	19	6,50 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,25	18	-2,671	0,008
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	18	0	17	-1,000	0,317
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,75	18	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	19	-1,380	0,168
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,75	18	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	19	-1,258	0,209
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	4,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,50	18	7,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	19	-1,162	0,245
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	17	0	18	0,000	1,000

As atividades que os participantes percebiam que seus parceiros gostavam de receber também foram comparadas pré e pós-lesão. Na tabela 33 temos os dados referentes a população de homens do estudo. Podemos ver que duas atividades tiveram diminuição após a lesão: sexo anal e penetração vaginal, sendo que essa última com diminuição estatisticamente significativa. As demais atividades permaneceram inalteradas.

Tabela 33: Homens - Atividades que percebiam que seus parceiros gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão medular.

HOMEM Atividades que PARCEIRO GOSTAVA	PRÉ- LESÃO MEDULAR	n	PÓS- LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	51	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	54	-1,360	0,174
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	51	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	53	-1,815	0,069
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 10,00	48	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	52	-0,548	0,584
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	43	0	48	-0,730	0,465
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	50	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	54	-3,567	<0,001
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	49	8,00 Q _{1/4} = 6,75 Q _{3/4} = 10,00	54	-1,277	0,202
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	49	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	52	-1,178	0,239
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	47	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	51	-1,880	0,060

Na tabela 34 temos os dados referentes a população de mulheres do estudo. Podemos ver que as participantes perceberam que seus parceiros gostavam mais de sexo oral após a lesão medular, enquanto beijos e abraços eles gostavam menos de receber. Nenhuma dessas diferenças apresentou significância estatística.

Tabela 34: Mulheres - Atividades que percebiam que seus parceiros gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão medular.

MULHER Atividades que PARCEIRO GOSTAVA	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	14	9,50 Q _{1/4} = 7,75 Q _{3/4} = 10,00	18	-1,069	0,2855
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,50 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	14	8,00 Q _{1/4} = 5,75 Q _{3/4} = 10,00	18	-1,461	0,144
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00		10,00 Q _{1/4} = 8,50 Q _{3/4} = 10,00	17	-1,382	0,167
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	10	0	13	0,000	1,000
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 9,25 Q _{3/4} = 10,00	12	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	17	-0,577	0,577
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 9,75	12	8,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	17	-0,211	0,833
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	12	8,50 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	16	-0,948	0,343
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	11	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 0,50	14	-1,604	0,109

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 35 vemos as correlações para as variáveis “Tempo de vida sexual ativa”, “Nº. de parceiros sexuais” e “Frequência sexual”, referentes à Prática Sexual de homens antes da lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 35: Correlações¹ com a Prática sexual de Homens PRÉ-lesão.

		Tempo de vida sexual ativa
	Idade	0,527**
	Frequência de atividade física	-0,375**
	Escolaridade	-0,328**
	Itens que o participante tem em casa	-0,332**
<i>Prática</i>	Idade da 1ª relação sexual	-0,242*
	Nº. de parceiros sexuais	0,570**
	Frequência sexual	0,308**
<i>Orientação</i>	Gostar de ter muitos parceiros	0,306*
	Gostava de receber SEXO ORAL	-0,291*
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	-0,398**
	Sentir prazer ORELHAS	-0,281*
	Sentir prazer nos TESTÍCULOS	-0,328*
		Nº. de parceiros sexuais
	AMOR importante	0,303*
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual	0,570**
	Frequência sexual	0,309*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,412**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,473**
	Realizava SEXO ANAL	0,595**
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber SEXO ANAL	0,483**
	Gostar de ter muitos parceiros	0,742**
		Frequência sexual
	Escolaridade	-0,252*
	Itens que o participante tem em casa	-0,266**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,308**
	Nº. de parceiros sexuais	0,309*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,362**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,482**
	Gostar de ter muitos parceiros	0,302*
<i>Orientação</i>	Gostava de receber VIBRADOR	-0,305*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,205*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 36 temos as correlações encontradas para as três variáveis da prática sexual de homens – Tempo de vida sexual ativa, Nº. de parceiros sexuais e Frequência sexual – porém referente ao período pós-lesão medular.

Tabela 36: Correlações¹ com a Prática sexual de Homens PÓS-lesão.

		Tempo de vida sexual ativa
	Idade	0,495**
	Tempo de Lesão Medular	0,647**
<i>Prática</i>	Nº. de parceiros sexuais	0,647**
	Realiza SEXO ORAL	0,367**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,297**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,315**
		Nº. de parceiros sexuais
	Idade	0,350**
	Tempo de Lesão Medular	0,521**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,647**
	Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,460**
	Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,370**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,450**
	Gosta de ter muitos parceiros	0,365**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,352**
	Desejo sexual	0,362**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,474**
	Intensidade do orgasmo	0,394**
	Ajuste sexual PSICOLÓGICO	0,364**
	Adaptação sexual	0,433**
		Frequência sexual
<i>Prática</i>	Realiza PENETRAÇÃO	0,483**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,507**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,357**
	Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,428**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,450**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,369**
	Gosta de receber SEXO ANAL	0,385**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,324**
	Excitação sexual	0,259**
<i>Resposta</i>	Ereção espontânea	0,495**
	Tempo de ereção	0,541**
	Frequência do orgasmo	0,457**
	Intensidade do orgasmo	0,349**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,369**
	Adaptação sexual	0,354**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações - Mulheres

Na tabela 37 vemos as correlações para as variáveis “Tempo de vida sexual ativa”, “Nº. de parceiros sexuais” e “Frequência sexual”, referentes à Prática Sexual de mulheres antes da lesão.

Tabela 37: Correlações¹ com a Prática sexual de Mulheres PRÉ-lesão.

		Tempo de vida sexual ativa
	Tempo de Lesão Medular	-0,567**
<i>Prática</i>	Nº. de parceiros sexuais	0,661*
	Parceiro gostava de receber BEIJO	0,647*
<i>Orientação</i>	Gostava de receber SEXO ORAL	0,718**
	Sentia prazer CLITÓRIS	0,611*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,443*
<i>Resposta</i>	Tempo de lubrificação vaginal	0,688*
		Nº. de parceiros sexuais
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,661*
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,668**
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,645*
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,593*
	Tempo de lubrificação vaginal	0,566*
		Frequência sexual
<i>Prática</i>	Escolaridade	-0,416*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,681*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber ABRAÇO	0,797**
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,648*
	Gostava de receber BEIJO	0,614*
	Gostava de receber ABRAÇO	0,604*
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,757**
	Sentia prazer NADEGAS	0,727**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,416*
<i>Resposta</i>	Lubrificação vaginal	0,804*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 38 temos as correlações encontradas para as três variáveis da prática sexual de mulheres – Tempo de vida sexual ativa, Nº. de parceiros sexuais e Frequência sexual – porém referente ao período pós-lesão medular.

Tabela 38: Correlações¹ com a Prática sexual de Mulheres PÓS-lesão.

		Tempo de vida sexual ativa
	Tempo de Lesão Medular	0,414*
	SEXO importante	0,475*
<i>Prática</i>	Realiza SEXO ORAL	0,521*
	Realiza PENETRAÇÃO	0,602**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,536*
	Frequência sexual	0,421*
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,443*
	Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,610*
	Sente prazer ÂNUS	0,581*
<i>Satisfação</i>	Sente prazer OUTRAS	0,710**
	Satisfação sexual	0,439*
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,479**
	Lubrificação vaginal artificial	0,486*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,508*
	Adaptação sexual	0,608**
		Nº. de parceiros sexuais
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber BEIJO	-0,506*
	Gostava de ter muitos parceiros	0,492*
	Gosta de receber BELJOS	-0,537*
		Frequência sexual
<i>Prática</i>	SEXO importante	0,699**
	Tempo de vida sexual ativa	0,421*
	Realiza PENETRAÇÃO	0,824**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,568*
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,587*
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,580*
	Sente prazer COXAS	0,671*
	Sente prazer PÉS	0,555*
	Sente prazer CLITÓRIS	0,854**
	Sente prazer PERNA	0,633*
<i>Satisfação</i>	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,702**
	Satisfação sexual	0,551**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,643**
	Lubrificação vaginal	0,554*
	Frequência do orgasmo	0,587*
	Intensidade do orgasmo	0,639**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,681**
	Adaptação sexual	0,503**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.5. Discussão

Quando questionamos os participantes em relação a praticarem regularmente, ou não, sexo antes e depois da lesão medular: antes da lesão 99 homens (90%) e também 23 mulheres (67,6%) responderam que sim; depois da lesão esse número caiu para 85 homens (78%) e 18 mulheres (52,9%) praticantes de sexo.

Phelps et al (2001), em estudo com 50 homens com lesão medular, encontrou: que 96% deles tinham atividade sexual após a lesão medular. No estudo de Jackson e Wadley (1999), realizado com 472 mulheres com lesão medular, os autores também encontraram diminuição de mulheres que praticavam sexo após a lesão. Eles encontraram 415 mulheres (87%) declarando ter vida sexual ativa pré-lesão e 315 (67%) mantendo a vida sexual ativa pós-lesão. Os autores ainda acrescentam que o tempo de lesão medular foi um preditor significativo para o intercuro sexual, com 49% das mulheres com 1 ano de pós-lesão medular, 65% das mulheres com 2 a 10 anos de pós-lesão medular, e 76% das mulheres com 11 ou mais anos de pós-lesão medular. Já Widerström-Noga et al (1999), encontraram algo diferente. Segundo os autores, houve uma porcentagem maior de homens (77,5%) relatando função sexual diminuída do que de mulheres (56,4%). No estudo de Ide e Ogata (1995) com 102 pessoas com lesão medular, 59,8% relataram ter se envolvido em algum aspecto da vida sexual. A vida sexual foi classificada como a mais baixa em termos de importância no que diz respeito a outros aspectos da vida. No estudo de Ku et al (2006) dos 89 participantes, 60 (67,4%) relataram não ter tentado nenhuma relação sexual nos últimos 6 meses. Quando os indivíduos foram estratificados de acordo com os anos desde a lesão, 50,0% (16 de 32) daqueles com menos de 2 anos desde a lesão não tiveram atividade sexual, enquanto que 77,2% (44 de 57), com 2 anos ou mais desde a lesão, tiveram atividade sexual ($p = 0,027$).

No estudo de Ferreiro-Velasco et al (2005) das 37 mulheres, 62% afirmaram ter atividade sexual regular após a lesão. Segundo os autores, as mulheres que sofreram a lesão antes de atingir a idade de 18 anos correm um risco maior de não ter relações físicas do que aquelas que estavam acima dessa idade quando sofreram a lesão ($p = 0,04$).

Em nossos achados, referentes às variáveis “tempo de vida sexual ativa”, “Nº. de parceiros sexuais” e “frequência sexual” pré-lesão medular, percebemos que os homens apresentaram medianas maiores do que as mulheres nas 3 variáveis, sendo que com diferença estatisticamente significativa para duas: tempo de vida sexual ativa ($p = 0,010$) e nº. de parceiros sexuais ($p = 0,002$). Pós-lesão medular, apesar das medianas superiores dos homens,

não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados às mulheres (tabelas 24 e 25). No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), dos 38 homens participantes, 71% eram sexualmente ativos (definidos como: toques, beijos, abraços e qualquer forma de estimulação genital com o parceiro) por 4 anos ou mais pré-lesão. Já pós-lesão 21% tinham 4 anos ou mais de experiência sexual; 58% menos de 4 anos, e 21% não tinham se engajado em atividade sexual com o parceiro. Os autores acrescentaram que 37% dos participantes começaram a vida sexual com 6 meses de lesão e outros 32% já no primeiro ano de lesão.

Em relação ao nº de parceiros sexuais, os homens tenderam a ter mais parceiros sexuais do que mulheres, fato já percebido na literatura internacional e no Brasil por Abdo (2004), onde em média, as mulheres tiveram 1,4 parceiros sexuais nos últimos 12 meses enquanto os homens tiveram 2,9 para o mesmo período, ou seja, os homens trocaram de parceiras sexuais duas vezes mais do que as mulheres. O padrão sexual mais quantitativo dos homens, avaliado pelos evolucionistas como herança do processo evolutivo da nossa espécie, talvez esteja baseado na necessidade de formar laços de dominação com objetivo de adquirir mais status social e mais acesso às mulheres, resultando em um insistente comportamento de auto-afirmação social (BAKER, 1996). Já o comportamento sexual das mulheres parece estruturar-se em princípios mais afetivos, uma vez que estas não precisam provar socialmente um desempenho sexual ativo e não dão tanto valor ao tipo de status social que os homens procuram (HITE, 1987).

Enquanto em nosso estudo encontramos a freqüência sexual semanal masculina com mediana de 2,00 vezes por semana, e a feminina um pouco menos que isso (1,50), no estudo de Phelps et al (2001) a freqüência sexual foi reportada como nunca por 2%, menos de uma vez por mês por 12,5%; uma ou duas vezes por mês 37,5%; toda a semana 44% e dia sim - dia não ou mais por 4% de seus participantes. Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) encontraram 56% relatando manter relação sexual pelo menos uma vez por semana e 32% não tinham nenhum tipo de relação sexual. Segundo os autores 62% de seus participantes, responderam que houve uma diminuição na freqüência sexual pós-lesão medular por dois motivos em especial: limitações físicas (51%) e diminuição na habilidade sexual (21%). Os autores ainda acrescentam que apenas 47% dos participantes mostraram-se satisfeitos com a freqüência sexual, e 45% expressaram desejo em ter a freqüência sexual aumentada.

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), dos 38 homens participantes com relação à freqüência sexual, pré-lesão, 52% faziam sexo pelo menos 2-3 vezes por semana,

48% uma vez por semana ou menos. Pós-lesão, 30% mantém de 2-3 vezes por semana e 70% uma vez ou menos.

Segundo Sjögren e Egberg (1983) a frequência sexual mediana pré-lesão foi igual a 3-4 vezes por semana, mas diminuiu para 1-2 vezes por semana para os 16 sujeitos sexualmente ativos pós-lesão. Além disso, 13 sujeitos modificaram sua posição preferencial para sexo, agora a maioria utilizava a posição de “mulher em cima”.

No estudo de Phelps et al (1983), todos os 50 homens participantes, quando questionados sobre sua frequência sexual, 88% dos respondentes relataram que a atividade sexual diminuiu após a lesão. Assim como em nossos achados (tabela 26) Ferreiro-Velasco et al (2005), descobriram uma queda significativa na frequência sexual após a lesão medular ($p = 0,003$). No estudo de Siösteen et al (1990) a maioria continuou tendo intercurso, embora muitos sujeitos com frequências menores do que antes da lesão.

Enquanto em nossos achados o nº. de parceiros sexuais mediano para os homens foi de 8 pré-lesão e 2 pós-lesão, para Alexander, Sipski e Findley (1993) o número modal de parceiros sexuais pré e pós-lesão foi de 2-5. Os autores ainda acrescentam uma observação: as pessoas da amostra que tinham numerosos parceiros sexuais pré-lesão tendem a ter mais parceiros pós-lesão.

Em relação às “atividades sexuais realizadas pelos participantes” (tabela 27), percebemos que comparando homens e mulheres antes da lesão medular 3 práticas sexuais apresentaram diferenças estatisticamente significativas: Toques íntimos, Estimulação manual e Sexo anal, com os homens declarando praticar mais do que as mulheres. No período depois da lesão medular (tabela 29) houve um equilíbrio muito grande entre as medianas de homens e mulheres, em alguns momentos as mulheres pontuaram mais alto, em outros os homens. Porém, com relação à atividade sexual “Sexo oral” embora as medianas dos dois grupos tenha sido zero, os homens declararam realizar mais do que as mulheres, e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Kinsey et al. (1948 e 1953), Master e Johnson (1966) e Laumann et al (1984) encontraram em seus estudos que os homens tendem a se masturbar mais do que as mulheres. No Brasil, houve o mesmo achado por Santa Inez (1983). A maioria das culturas humanas tem uma profunda adoração ao “falo” masculino e uma atitude de recato e controle sobre o uso da genitália feminina (PARKER, 2002). Assim, práticas de exploração e uso da genitália masculina geralmente são socialmente vistas como positivas e importantes para a construção do “macho”, sendo que cabe às mulheres preservar a pureza genital dificultando o acesso e a exploração das mesmas. Outro dado do presente estudo é com relação ao sexo oral, onde os

homens alegaram realizar mais do que as mulheres. Os dados de Santa Inez (1983) mostram que existe uma rejeição maior desta prática entre as mulheres e pessoas mais velhas no Brasil, o que justificaria os conflitos de relacionamento sexual entre homens e mulheres e gerações.

Sobre as práticas sexuais de seus 145 participantes, Berkman, Weissman & Frielich (1978), encontraram uma combinação de estimulação genital oral e manual como a prática mais popular entre lesados medulares. Um total de 48% dos sujeitos relataram se engajar em atividade sexual genital oral. Outros 25% usaram estimulação manual sozinhos. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), dos 38 homens participantes 58% listam os beijos como sua primeira experiência sexual pós-lesão e 12% intercurso pênis-vagina e sexo oral. Phelps et al (2001), em estudo com 50 homens com lesão medular, encontrou seus participantes engajados nas atividades: 94% beijos; 84% toques íntimos; 72% sexo oral; 62% intercurso sexual; 52% masturbação do parceiro; 30% masturbação de si. Dos 79 sujeitos com deficiência física que participaram da pesquisa de Halstead et al (1983), 70 (89%) realizavam masturbação, 67 (85%) realizavam o intercurso pênis-vagina e 60 (76%) realizavam sexo oral após a lesão medular.

No estudo de Phelps et al (1983) os sujeitos foram instruídos a indicar numa lista com 19 itens as várias técnicas sexuais que já haviam experimentado após a lesão: dos 50 homens participantes 45% relataram ter tido intercurso (pênis-vagina). As duas técnicas mais freqüentes relatadas por mais de 75% dos sujeitos foram estimulação oral/vaginal e movimentação/toque do pênis.

Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) relataram que 39% dos participantes responderam que com freqüência experimentam diferentes expressões sexuais. Ajudas técnicas para aumentar o prazer sexual são utilizadas por uma parcela significativa das pessoas com lesão (24%). Abraços, beijos e estimulação manual dos genitais e de outras zonas erógenas, são comuns no repertório sexual de mais da metade dos participantes. A outra metade utiliza estimulação orogenital quase sempre que tem contato sexual. Apenas 39% dos participantes declararam manter intercurso sexual na maioria das vezes que têm um contato sexual. Kellett (1990) faz um comentário interessante em relação às atividades sexuais das pessoas com lesão medular. Segundo o autor, mesmo quando uma ereção é inatingível, experimentar técnicas sexuais alternativas pode ser recompensador para ambos os parceiros. Beijar e acariciar áreas sensíveis (que podem ser especialmente sensitivas em alguém com perda de sensibilidade) pode ser altamente prazeroso, e algumas pessoas relatam até mesmo orgasmo fantasma ou “mental”.

Quando comparamos os próprios homens nos dois períodos (tabela 31), percebemos que as atividades “beijos”, “abraços” e “intercurso pênis-vagina”, diminuíram após a lesão medular, embora com diferença estatisticamente significativa, apenas o intercurso ($p=0,005$).

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) com relação às **atividades sexuais** praticadas, a maioria preferia o intercurso pênis-vagina pré-lesão. Pós-lesão, no entanto, há uma variedade de preferências e não uma forte. No mesmo período as preferências pelo intercurso caíram, e os beijos, toques (carícias) e sexo oral cresceram.

Quando comparamos as mulheres nos dois períodos (tabela 32), percebemos que a atividade “abraço” diminuiu após a lesão medular. Já as atividades “intercurso pênis-vagina”, “toques íntimos”, “estimulação manual” e “sexo oral” aumentaram. Sendo que essa última com aumento significativo ($p=0,008$). No estudo de Singh e Sharma (2005), 60% das 40 mulheres praticavam o “relacionamento físico”, na forma de “penetração”. Os autores ainda acrescentam que 58% das mulheres que tinham relações com parceiros, tiveram problemas com bexiga e intestino durante o intercurso sexual.

Fisher et al (2002) em um estudo com 32 homens e 8 mulheres com lesão medular objetivaram examinar as mudanças na saúde sexual de pessoas com lesão medular em 4 intervalos: durante a reabilitação inicial, 6, 12 e 18 meses. Os autores perceberam que carinhos com interesses sexuais (para ambos, parceiro e lesado) foram elevados no período após o acidente, durante a reabilitação. Os relatos de masturbação mostraram queda acentuada comparando-se o período de pré-lesão com os 6 primeiros meses. Já no período de 6 a 12 meses pós-lesão, houve um ganho significativo na atividade, sem qualquer ganho significativo no período de 12 a 18 meses.

Em nosso estudo questionamos os sujeitos em relação as atividades preferidas por seus parceiros sexuais (tabelas 33 e 34). Pré-lesão, os homens declararam “beijos”, “abraços” e “intercurso pênis-vagina” como sendo os que percebiam que os parceiros mais gostavam de realizar. Pós-lesão, permaneceram “beijos” e “abraços”, e houve uma pequena queda no “intercurso pênis-vagina”. Entre as mulheres, pré-lesão os “beijos”, “intercurso pênis-vagina” e “abraços” foram os mais percebidos como agradáveis aos parceiros. Pós-lesão o “sexo oral” e o “intercurso pênis-vagina” vêm em primeiro lugar, seguidos pelos “beijos”. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), realizado com 38 homens, os sujeitos foram questionados sobre os tipos de atividades associadas ao prazer do parceiro pré e pós-lesão: pré, a maioria elege intercurso, beijos, abraços e toques íntimos. Pós as preferências continuam as mesmas, mas com diminuição no intercurso.

Em relação às correlações encontradas para “tempo de vida sexual ativa” dos **homens** de nosso estudo, pré-lesão (tabela 35), destacamos que os homens com maior tempo de vida sexual ativa, tiveram mais “frequência sexual”. Já com relação às variáveis de orientação sexual, percebemos o tempo de vida sexual ativa correlacionou-se negativamente com gostar de receber “sexo oral” e “estimulação manual”, e também com sentir prazer nas “orelhas” e nos “testículos”. Pós-lesão medular a variável “tempo de vida sexual ativa” correlacionou-se com menos variáveis quando comparada ao período pré-lesão, porém destacamos duas interessantes correlações positivas: “satisfação sexual” e “excitação sexual”. Entendemos que com o aumentar do tempo de vida sexual ativa, a satisfação e a excitação sexual aumentam, pela experiência adquirida através das oportunidades que com o tempo podem acontecer.

Em relação à variável “nº. de parceiros sexuais” de homens pré-lesão (tabela 35), destacamos a correlação positiva com a variável “importância do amor”, “frequência sexual” e “gostar de muitos parceiros”. Talvez a frequência sexual aumente com o aumento do nº. de parceiros sexuais em virtude das oportunidades. Participantes diferentes, em maior número, podem levar à maior frequência de sexo.

A variável “frequência sexual” também apresentou correlações, pré-lesão, entre os homens (tabela 35). Um das correlações foi referente à satisfação sexual, o que talvez possa ser traduzido como maiores oportunidades sexuais, com maior frequência sexual, levavam os participantes à maior satisfação sexual. Destacamos então que talvez as oportunidades sexuais possam ser responsáveis por maiores índices de satisfação sexual.

No período pós-lesão, em relação à variável “tempo de vida sexual ativa” (tabela 36) destacamos as correlações positivas com “satisfação sexual” e “excitação sexual”. Talvez, a correlação ocorra por que maior tempo de vida sexual ativa pode gerar maiores oportunidades, maior segurança e maior chance de sucesso sexual, por isso levaria à maiores índices de satisfação sexual em homens. Ku et al (2006) percebeu entre os homens participantes de seu estudo que embora a atividade sexual e a função erétil sejam diminuídas após a lesão, os anos decorridos depois da mesma podem influenciar positivamente em suas atividades sexuais.

Com relação à variável “Nº. de parceiros sexuais” pós-lesão (tabela 36) destacamos as correlações existentes com: 1) “Gostar de muitos parceiros”, que pode demonstrar que os participantes não se acomodaram após a lesão medular, ou seja, o fato de gostarem de vários parceiros os fez correr atrás de diferentes parceiros, por isso a correlação positiva entre as

variáveis. 2) “Desejo sexual”, “Excitação sexual” e “intensidade do orgasmo” que podem estar relacionadas às oportunidades maiores, como comentado acima. 3) “Ajuste sexual psicológico” e “Adaptação sexual”, que talvez também estejam vinculados às oportunidades que ocorrem tendo maior número de parceiros sexuais. Com isso, os participantes experimentaríamos mais vezes o sexo, possibilitando que os ajustes e as adaptações sexuais fossem feitas.

O único estudo encontrado que tratou de correlações em pessoas com lesão medular foi o de Alexander, Sipski e Findley (1993). Os autores encontraram que o número de parceiros pós-lesão correlaciona-se significativamente com a percepção de desejo sexual do parceiro, e não com o seu próprio desejo sexual.

Com relação às variáveis correlacionadas com a “frequência sexual” de homens após a lesão medular (tabela 36), encontramos a “satisfação sexual”, o que pode sugerir que a quantidade de sexo determina o nível de satisfação sexual do participante, talvez mais do que a qualidade do sexo, já que as variáveis de “áreas sensíveis de prazer” não apresentaram nenhuma correlação. Além da satisfação, a “excitação sexual”, o “nível de ereção” e o “tempo de ereção” também apresentaram correlação com a frequência sexual. Essas correlações podem nos levar a entender que a genitalidade ainda está bastante arraigada nos homens após a lesão medular. Por fim, a frequência sexual correlacionou-se positivamente com o nível de “ajuste sexual físico” e com o nível de “adaptação sexual”, o que talvez nos permita interpretar que a quantidade de sexo na vida do participante após a lesão medular, o faz mais ajustado e adaptado sexualmente.

Novamente citamos apenas o estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993). Segundo os autores, pré-lesão, a frequência sexual era significativamente correlacionada com o desejo sexual do participante, tanto quanto com a percepção de desejo sexual do parceiro. No entanto, pós-lesão, o desejo sexual da amostra não era significativamente relacionado com a frequência sexual, embora a percepção de desejo sexual pelos parceiros se mantivesse significativamente correlacionada com frequência sexual. A severidade da lesão (nível) foi correlacionada negativamente, embora não significativamente com a frequência da atividade sexual.

Entre as **mulheres**, antes da lesão medular, a variável “tempo de vida sexual ativa” (tabela 37) correlacionou-se positivamente com “nº. de parceiros sexuais”, “sentir prazer no clitóris”, “satisfação sexual” e “tempo de lubrificação vaginal”, entre outras. Essas quatro variáveis podem demonstrar que o tempo experienciando o sexo faz com que as mulheres

sintam-se mais à vontade com ele, e também mais realizadas nele. A variável “sentir prazer no clitóris”, juntamente com a variável “satisfação sexual”, podem nos remeter que o tempo de vida sexual ativa aumenta o conhecimento do próprio corpo feminino e com isso aumenta a satisfação sexual.

Com a variável “nº. de parceiros sexuais”, em mulheres pré-lesão (tabela 37), as variáveis “tempo de vida sexual ativa”, “desejo sexual”, “excitação sexual” e “tempo de lubrificação vaginal” apresentaram correlação positiva, entre outras. As variáveis que destacamos como correlacionadas com o “nº. de parceiros sexuais”, talvez tenham em comum o fato de se experimentadas mais vezes, o que seria o caso, já que teriam mais parceiros diferentes, poderiam alterar a percepção das mulheres em relação à elas. Maior quantidade de parceiros ocorreriam em mulheres com maior desejo, maior excitação, maior tempo de vida sexual ativa e ainda com mais facilidade em perceber mudanças em sua lubrificação vaginal (auto-conhecimento).

Em relação às variáveis correlacionadas com a “frequência sexual” das mulheres antes da lesão medular (tabela 37), destacamos 3: o quanto “realizavam penetração”, o nível de “satisfação sexual” e ainda o nível de “lubrificação vaginal”. Em relação à penetração, talvez por ser uma prática hegemônica entre casais heterossexuais, as mulheres relacionavam fazer sexo com ter a prática da penetração vaginal, como se fossem a mesma coisa. Novamente como ocorreu nos homens, a frequência sexual correlacionada com a “satisfação sexual” pode nos mostrar o quanto a quantidade de sexo pode interferir na satisfação da mulher. Já em relação à lubrificação vaginal, por ocorrer em decorrência da excitação, maior lubrificação indicando maior prontidão para o sexo, levaria a à maior frequência sexual.

As correlações encontradas para as mulheres no período pós-lesão em relação às variáveis “tempo de vida sexual ativa” e “frequência sexual” foram em maior número quando comparadas à antes da lesão.

Em relação ao “tempo de vida sexual ativa” das mulheres após a lesão (tabela 38) percebemos que a importância do sexo apresentou correlação positiva, ou seja, as que tiveram maior tempo de vida sexual ativa após a lesão, valorizavam mais o sexo. A “satisfação sexual”, a “frequência sexual” e o “desejo sexual” também se correlacionaram com o tempo de vida sexual ativa, positivamente. Talvez começando pelo desejo sexual maior em função do tempo, também seria maior a frequência e por fim maior a satisfação sexual – novamente

as oportunidades sexuais podem estar por trás das 3 variáveis. Ainda correlacionadas com o tempo de vida sexual ativa, destacamos mais as variáveis vinculadas à resposta sexual: “excitação sexual” e “lubrificação vaginal”, que podemos sugerir que sejam correlacionadas em virtude do aprendizado. Maior tempo de experiência possibilitaria às mulheres maior conhecimento de seus corpos e maior percepção de sua lubrificação e excitação sexual.

A variável “nº. de parceiros sexuais” das mulheres depois da lesão medular (tabela 38), correlacionou-se positivamente somente com 3 variáveis após a lesão medular: “Gostar de muitos parceiros sexuais”, “Gostar de receber BEIJOS” e “Perceber que o parceiro gosta de receber BEIJOS”. Novamente sugerimos como aconteceu com os homens, que a correlação entre nº. de parceiros e gostar de muitos parceiros, pode demonstrar que as participantes não se acomodaram após a lesão medular, ou seja, o fato de gostarem de vários parceiros as fez correr atrás de diferentes parceiros, por isso a correlação positiva entre as variáveis. Além disso, a correlação entre “gostar de beijos” e o “parceiro gostar de beijos”, pode ocorrer por ser a prática mais comum entre essas mulheres. Já que anteriormente citamos que “beijos” foi uma das práticas mais comum tanto para homens quanto para mulheres após a lesão medular.

Em relação à “frequência sexual” das mulheres o número de correlações foi muito grande após a lesão medular, porém destacaremos algumas (tabela 38). A variável “importância do sexo”, ou melhor, achar o sexo importante correlacionou-se positivamente com a frequência sexual, talvez demonstrando que a importância do sexo para essas mulheres fez com que as mesmas praticassem mais, priorizassem a relação sexual após a lesão. A “satisfação sexual” que também se correlacionou positivamente com a frequência sexual, nos remete novamente, a importância da quantidade de sexo para as mulheres – e também para os homens, como vimos anteriormente. As variáveis de resposta sexual – “excitação sexual”, “lubrificação vaginal”, frequência do “orgasmo” e “intensidade do orgasmo” – também se correlacionaram positivamente com a frequência sexual, o que pode demonstrar que a mulher que percebe mais suas manifestações de prontidão sexual, é a mesma que faz mais sexo, não necessariamente nessa ordem, podendo a prontidão sexual acontecer antes, permitindo que as mesmas façam mais sexo. O que destacamos, em relação ao orgasmo, é que a frequência sexual está vinculada ao resultado do sexo, o orgasmo, pois as mulheres com maior frequência sexual foram também as que tiveram orgasmos mais frequentes e de maior intensidade.

Por fim, as variáveis “tempo de vida sexual ativa” e “frequência sexual” se correlacionaram, positivamente, com duas variáveis importantes após a lesão medular: “Ajuste sexual físico” e “Adaptação sexual”, nos fazendo pensar que tanto o tempo de experiência do sexo após a lesão medular, quanto a repetição do sexo podem ser determinantes de melhores ajuste e adaptação sexuais para as mulheres (tabela 38). Sipski (1991) acrescenta algo interessante sobre adaptação sexual de mulheres em seu estudo. Segundo a autora de 40% a 88% das mulheres com lesão medular de diversos estudos declararam ter uma vida sexual satisfatória. Inclusive algumas mulheres eram capazes de adaptar uma imagem corporal positiva e de encontrar novas formas de estimulação para o orgasmo, apesar da forma corporal alterada, incontinência urinária e intestinal, espasticidade, e falta de sensibilidade, muitas vezes resultantes da lesão medular.

O que percebemos com os achados desse capítulo é que os participantes de nosso estudo que antes da lesão medular gostavam mais de sexo davam importância ao sexo e o praticavam frequentemente, após a lesão, resgatam seus comportamentos prévios, ou seja, criam oportunidades sexuais, buscam parceiros e praticam sexo com relativa frequência (embora menor do que antes da lesão medular). Além disso, percebemos que a limitação física e as mudanças fisiológicas trazidas pela lesão medular, fazem com que seja necessária uma ampla exploração de diferentes recursos simbólicos e eróticos em termos de situações, contextos e oportunidades que poderão ampliar o desejo e a gratificação sexual para além da sensibilidade genital. Talvez modificar a percepção do sexo como exclusivamente genital seja o primeiro passo para a reabilitação sexual de lesionados medulares, além da oportunidade de praticá-lo como se fosse qualquer outro tradicional recurso de reabilitação. Pois os que mais gostavam e ainda gostam de sexo, são também os que mais o praticam, enfim os que mais treinam, logo os mais satisfeitos. Onde para esses lesionados a satisfação sexual esta atrelada a quantidade de oportunidades práticas de sedução e integração sexual.

Objetivo 4 – Identificar e comparar a satisfação sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres

4.6. Resultados

A satisfação sexual dos participantes foi primeiramente explorada baseando-se no nível da mesma. Antes da lesão medular, dos 106 homens que responderam essa questão, 76,3% (n=81), e das 28 mulheres que responderam essa questão, 60,8% (N=17), declararam-se muito satisfeitos sexualmente.

Depois da lesão medular, dos 106 homens que responderam essa questão 40,5% (n=43) e das 30 mulheres, 60% (n=18) declararam-se muitos satisfeitos sexualmente.

Na tabela 39 comparamos homens e mulheres no período pré-lesão e também no período pós-lesão. Pré-lesão medular podemos perceber que a mediana da Satisfação sexual masculina foi maior que a feminina e essa diferença foi estatisticamente significativa (p=0,029). Pós-lesão a situação aparece invertida, com as mulheres apresentando medianas maiores do que as masculinas, porém não estatisticamente significativa.

Tabela 39: Nível de satisfação sexual – Homens X Mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.

	PRÉ-LESÃO MEDULAR				PÓS-LESÃO MEDULAR			
	Mulher	Homem	Teste U	p	Mulher	Homem	Teste U	p
Satisfação sexual (Escala likert de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 9,00	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	1095,50	0,029	7,00 Q _{1/4} = 3,75 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,00	1477,50	0,552
n	28	106			30	106		

Na tabela 40 comparamos o nível de satisfação sexual de homens pré e pós-lesão e de mulheres também nos dois momentos. As mulheres, pré-lesão, apresentaram mediana maior do que pós-lesão, porém sem diferença significativa. Já nos homens, a diferença entre o período pré e pós-lesão foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com mediana do nível de satisfação sexual maior antes da lesão medular.

Tabela 40: Nível de satisfação sexual de Homens e Mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão.

Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	PRÉ-LESÃO MEDULAR	PÓS-LESÃO MEDULAR	Teste Wilcoxon	P
Mulher	8,00 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 3,75 Q _{3/4} = 8,00	- 0,371	0,710
n	28	30		
Homem	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,00	-4,797	>0,001
n	106	106		

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 41 vemos as correlações para a variável “satisfação sexual” de homens antes da lesão. Na tabela 42 temos as correlações referentes ao período pós-lesão medular. A primeira coluna das duas tabelas nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 41: Correlações¹ de Satisfação Sexual em Homens PRÉ-lesão.

	Satisfação Sexual	
<i>Prática</i>	Realizava BEIJO	0,508**
	Realizava ABRAÇO	0,415**
	Realizava SEXO ORAL	0,467**
	Realizava PENETRAÇÃO	0,344*
	Realizava TOQUES ÍNITMOS	0,366**
	Frequência sexual	0,205*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber BEIJO	0,353*
	Parceiro gostava de receber ABRAÇO	0,324*
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,363*
	Desejo sexual	0,312**
	Gostava de receber SEXO ORAL	0,396**
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,293*
	Gostava de receber TOQUES	0,513**
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,414**
	Sentir prazer BOCA	0,345*
	Sentir prazer BARRIGA	0,363**
	Sentir prazer COXAS	0,599*
	Sentir prazer PÉS	0,293*
	Sentir prazer ORELHAS	0,367**
	Sentir prazer PEITO	0,399**
	Sentir prazer TESTÍCULOS	0,439**
Sentir prazer PERNA	0,340*	
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,487**
	Ereção espontânea	0,410**
	Tempo de ereção	0,356**
	Frequência do orgasmo	0,279*
	Intensidade do orgasmo	0,435**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 42: Correlações¹ de Satisfação Sexual em Homens PÓS-lesão.

	Satisfação Sexual	
<i>Prática</i>	Tempo de Lesão medular	0,295**
	Tempo de vida sexual ativa	0,297**
	Nº de parceiros sexuais	0,311*
	Frequência sexual	0,324**
	Realiza BEIJO	0,349**
	Realiza SEXO ORAL	0,596**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,593**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,350**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,551**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber ABRAÇO	0,304*
	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	0,482**
	Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,490**
	Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,303*
	Parceiro gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,477**
	Desejo sexual	0,288**
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,392**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,452**
	Gosta de receber TOQUES	0,412**
	Gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,472**
<i>Resposta</i>	Sentir prazer PÊNIS	0,335*
	Sentir prazer TESTÍCULOS	0,334*
	Sentir prazer PERNA	0,322*
	Excitação sexual	0,587**
	Ereção espontânea	0,297*
	Tempo de ereção	0,399**
	Ejaculação	0,432**
	Frequência do orgasmo	0,699**
	Intensidade do orgasmo	0,534**
Ajuste sexual FÍSICO	0,478**	
Ajuste sexual PSICO	0,357**	
Adaptação sexual	0,460**	

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações - Mulheres

Nas tabelas 43 e 44 vemos as correlações para a “satisfação sexual” de mulheres antes e depois da lesão medular. Assim como nas duas tabelas anteriores, a primeira coluna das tabelas seguintes nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 43: Correlações¹ de Satisfação Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.

	Satisfação Sexual	
	Termos de religiosidade	0,577*
	Frequência sexual	0,416*
<i>Prática</i>	Realizava BEIJO	0,774**
	Realizava ABRAÇO	0,771**
	Realizava SEXO ORAL	0,742**
	Realizava PENETRAÇÃO	0,831**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,752**
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,723**
	Tempo de vida sexual ativa	0,443*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber BEIJOS	0,554*
	Parceiro gostava de receber ABRAÇOS	0,651*
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,629*
	Desejo sexual	0,694**
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,643*
	Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,688*
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,577*
<i>Resposta</i>	Sente prazer NÁDEGAS	0,665*
	Sente prazer OUTRAS	0,700*
	Excitação sexual	0,672**
	Lubrificação vaginal	0,864**
	Frequência do orgasmo	0,651*
	Intensidade do orgasmo	0,685**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 44: Correlações¹ de Satisfação Sexual em Mulheres PÓS-lesão.

		Satisfação Sexual
	Termos de religiosidade	0,540*
	Termos de sexualidade	0,677**
	SEXO importante	0,788**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,439*
	Realiza BEIJO	0,575*
	Realiza SEXO ORAL	0,617**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,760**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,493*
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,502*
	Frequência sexual	0,551**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,623**
	Intensidade do orgasmo	0,678**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,476**
	Sente prazer COXAS	0,777*
	Sente prazer PÉS	0,612*
	Sente prazer CLITÓRIS	0,537*
	Sente prazer NÁDEGAS	0,554*
	Sente prazer PERNAS	0,656**
	Sente prazer OUTRAS	0,540*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,799**
	Ajuste sexual PSICO	0,758**
	Adaptação sexual	0,670**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.7. Discussão

Inicialmente exploramos a satisfação sexual dos participantes baseando-se no nível da mesma. Pré-lesão, dos 106 homens que responderam essa questão, 76,3% (n=81), e das 28 mulheres que responderam essa questão, 60,8% (N=17), declararam-se **muito satisfeitos** sexualmente. Depois da lesão medular, dos 106 homens que responderam essa questão 40,5% (n=43) e das 30 mulheres, 60% (n=18) declararam-se **muitos satisfeitos** sexualmente. Percebemos que entre os homens houve uma diminuição considerável, já entre as mulheres não houve modificação. No estudo de Ferreiro-Velasco et al (2005), das 37 mulheres participantes, 69% estavam satisfeitas com a sua atual atividade sexual, porcentagem semelhante à encontrada em nosso estudo, porém sem comparação com o período pré-lesão.

Dos 145 homens participantes do estudo de Berkman, Weissman e Frielich (1978) 41% classificaram suas relações sexuais como satisfatórias, 36% disseram estar de algum modo satisfeitos e 23% alegaram estar insatisfeitos. No estudo de Phelps et al (1983), dos 50 homens participantes, 42% estavam insatisfeitos sexualmente. Um outro estudo de Phelps et al (2001), mais recente, demonstrou que em 50 homens com lesão medular, questionados sobre sua satisfação sexual após a lesão medular, encontraram 22% dos homens declarando-se como muito insatisfeitos ou insatisfeitos; 22% indiferentes e 56% satisfeitos ou muito satisfeitos. Percebemos que nos achados de Phelps, após quase 20 anos desde o primeiro estudo, já houve modificação positiva na satisfação sexual dos homens com lesão medular. No estudo de Ide e Ogata (1995) com 102 pessoas com lesão medular 47,1% declararam insatisfação sexual após a lesão medular. Já no estudo de Siösteen et al (1990) apesar da grave disfunção genital, mais da metade (57%) dos 73 indivíduos classificaram as suas relações sexuais depois da lesão como satisfatórias ou pelo menos um pouco satisfatórias.

Ao compararmos os homens às mulheres nos dois períodos estudados, em relação à satisfação sexual (tabela 39), encontramos que pré-lesão os homens eram mais satisfeitos sexualmente do que as mulheres ($p=0,029$). Já no período pós-lesão, as mulheres apresentaram maior satisfação sexual do que os homens, porém não estatisticamente significativa.

Valtonen et al (2006), encontrou os mesmos resultados que encontramos em nossa pesquisa. Em seu estudo, realizado na Suécia (dados desde 1982) com 190 sujeitos com idades entre 18 e 75 anos, encontraram que nas pessoas com lesão medular traumática a mediana da satisfação sexual foi 3 para os homens ($Q_{1/4} = 0,25$; $Q_{3/4} = 6$) e 4 para as mulheres ($Q_{1/4} = 1$, $Q_{3/4} = 7$). A diferença nas medianas entre sexos não foi estatisticamente significativa (U de Mann-Whitney, $p = 0,325$).

As mulheres de nosso estudo, pré-lesão, apresentaram mediana maior do que pós-lesão, porém sem diferença significativa (tabela 40).

Em estudos com mulheres, encontramos os achados de Kettl et al (1991) citado por Sipski (2000), que encontrou 23% das 27 mulheres com lesão medular reportando diminuição da satisfação sexual após a lesão medular. Sipski e Alexander (1993) encontraram 24% das 25 mulheres de seu estudo declarando-se como insatisfeitas ou muito insatisfeitas com sua vida sexual após a lesão medular. PRÉ-lesão medular, somente 8% das 25 mulheres declararam-se insatisfeitas ou muito insatisfeitas. No estudo de Singh e Sharma (2005) com 40 mulheres com lesão medular, 30% das mulheres nunca se satisfizeram com sua vida sexual pós-lesão

medular, 55% das mulheres estavam satisfeitas com suas experiências sexuais pós-lesão medular, 47,5% avaliaram sua vida sexual como pior do que antes da lesão medular. As autoras acrescentam que além da atitude indiferente do parceiro e dos problemas médicos, a falta de privacidade, os tabus culturais, a presença do assistente de saúde, e as preparações antes da atividade sexual com seu parceiro, eram as razões citadas para menor satisfação e piora da vida sexual após a lesão medular.

Entre os homens participantes de nosso estudo, ao serem comparados nos períodos pré e pós-lesão (tabela 40), encontramos maior satisfação sexual pré-lesão ($p < 0,001$).

Berkman, Weissman e Frielich (1978), também encontraram diminuição de satisfação sexual entre seus participantes: 77% dos homens com lesão medular declararam que sua satisfação sexual diminuiu após a lesão medular. Da mesma forma, no estudo de Sjögren e Egberg (1983), 13 dos 21 homens com lesão medular declararam que sua satisfação sexual diminuiu quando comparada à pré-lesão. Os autores ainda acrescentaram que a diminuição ocorreu primeiramente devido à imobilidade e problemas para atingir o orgasmo. Já Halstead et al (1978) atribuiu os altos níveis de insatisfação sexual encontrados em seu estudo à falta de um parceiro. Alexander, Sipski e Findley (1993), questionaram à seus 38 sujeitos de pesquisa o quanto satisfeitos eles eram com suas vidas sexuais. Pré-lesão: 2% eram muito insatisfeitos ou insatisfeitos, 14% eram indiferentes e 84% eram satisfeitos ou muito satisfeitos. Pós-lesão, no entanto, apenas 35% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos, 24% indiferentes, e 41% muito insatisfeitos ou insatisfeitos. Os autores concluíram que a satisfação sexual decresceu pós-lesão e foi relacionada por ambos (parceiros e sujeitos) ao interesse no intercurso sexual (pênis-vagina). Fisher et al (2002) em um estudo com 32 homens e 8 mulheres com lesão medular objetivaram examinar as mudanças em suas saúdes sexuais, em 4 intervalos: durante a reabilitação inicial, 6, 12 e 18 meses. Segundo os autores a satisfação sexual foi avaliada como significativamente menor do período de pré-lesão ao período de até 6 meses, com nenhuma mudança de 6 a 12 meses ou 12 a 18 meses. Os participantes relataram que a apreciação sexual declinou significativamente em 6 a 12 meses, mas manteve-se inalterada entre 12 a 18 meses. Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) encontraram 71% dos participantes pós-lesão relatando prazer, gosto, desfrute de suas atividades sexuais, mas ao pedirem que o participante comparasse os dois períodos, 76% declararam que suas vidas sexuais são menos satisfatórias atualmente do que pré-lesão e 21% declararam que suas vidas sexuais são tão boas quanto ou melhores do que suas vidas sexuais anteriores. Os sujeitos do mesmo estudo ainda foram questionados sobre fatores que interferem negativamente em suas vida: 25% deles citaram a

perda da mobilidade e das sensações e 10% a incapacidade de manter e conseguir ereção. Ao serem questionados sobre fatores que eles achavam importantes para manter a atividade sexual e a satisfação do relacionamento: “uma comunicação aberta e honestidade mútua” foram os fatores mais comuns, citados para manter uma vida sexual positiva e satisfatória. O uso de fantasias e experiências sexuais diferentes também foi listado por vários participantes.

Em relação às **correlações** encontradas para “satisfação sexual” das **mulheres** de nosso estudo, pré e pós-lesão (tabelas 43 e 44), destacamos primeiramente as variáveis referentes à critérios morais e sexuais das participantes. Antes da lesão medular, o quanto as participantes consideravam-se liberais em termos religiosos correlacionou-se com a satisfação sexual. Após a lesão medular, além da religiosidade, o quanto eram liberais em relação à sexualidade e ainda o quanto achavam o sexo importante também apresentaram correlações com a satisfação sexual. Enquanto antes da lesão as mulheres mais liberais religiosamente sentiam-se mais satisfeitas sexualmente, após a lesão o liberalismo sexual e ainda a maior importância para o sexo em suas vidas também interferiram em suas satisfações sexuais.

O “tempo de vida sexual ativa” também apresentou correlação com a satisfação sexual nos dois períodos estudados, ou seja, novamente a experimentação do sexo, propiciado por mais tempo de vida sexual, determinou níveis mais altos de satisfação sexual para as mulheres nos dois períodos.

Em relação às variáveis de resposta sexual, antes da lesão a “excitação sexual”, a “lubrificação vaginal”, a frequência do “orgasmo” e a “intensidade do orgasmo” correlacionaram-se positivamente com a satisfação sexual das mulheres. No período pós-lesão somente a “excitação sexual” e a “intensidade do orgasmo” mantiveram-se correlacionadas significativamente com a satisfação sexual das mesmas. Talvez isso nos demonstre que mais importante do que ter a resposta sexual preparatória para o sexo (lubrificação vaginal) as mulheres valorizam a excitação – como impulso para o sexo – e a intensidade dos seus orgasmos como pilares para a satisfação com o sexo. Lembramos ainda que lubrificação vaginal é a variável da resposta sexual mais fácil de ser substituída (lubrificantes vaginais), já o orgasmo e o desejo por sexo não.

Em relação às variáveis de “orientação sexual”, antes da lesão uma área de prazer (nádegas) correlacionou-se com a satisfação sexual das mulheres. Já no período pós-lesão 5 áreas (clitóris, nádegas, coxas, pernas e pés) correlacionaram-se com a satisfação sexual. Isso talvez nos demonstre a importância da exploração de áreas sensíveis após a lesão medular. Apenas como observação destacamos que as 5 áreas citadas localizavam-se abaixo da cintura.

Talvez essa associação com a satisfação sexual ocorra como supervalorização das mulheres à qualquer resquício que as projete para fora do grupo das pessoas que “não sentem nada abaixo da cintura”, portanto com lesões medulares “mais leves”.

Várias **correlações** foram encontradas para os **homens** desse estudo no período pré-lesão medular e também pós-lesão medular (tabelas 41 e 42). Antes da lesão temos 5 atividades da prática sexual correlacionadas com a satisfação sexual desses homens. Após a lesão, percebemos que 5 correlações relacionadas às atividades praticadas mantiveram-se correlacionadas com a satisfação sexual dos sujeitos. Destacamos 2 diferenças: no período após a lesão medular, a variável “nº. de parceiros sexuais” e também a variável “tempo de vida sexual ativa” apresentaram correlação com a satisfação sexual, no período pré-lesão essas correlações não aconteceram. Isso reforça nossos achados dos capítulos anteriores onde afirmamos a importância das oportunidades sexuais para a satisfação sexual dos homens, ou seja, com maior tempo de experiência e com maior número de parceiros, a satisfação sexual é aumentada. A variável “frequência sexual” também apresentou correlações pré e pós-lesão nos homens participantes do nosso estudo. Já no estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) a frequência sexual pós-lesão não foi relacionado significativamente com satisfação sexual.

Algumas variáveis da “orientação sexual” dos participantes também correlacionaram-se com a satisfação sexual dos homens. Antes da lesão medular, 8 áreas de prazer (boca, barriga, coxas, pés, orelhas, peito, testículos e perna) correlacionaram-se com a satisfação sexual. Após a lesão medular esse número caiu para 3 áreas (pernas, pênis e testículos). Isso pode nos mostrar a ação direta da lesão medular, ou seja, antes o corpo inteiro tinha sensibilidade prazerosa mesmo que em diferentes graus, após a lesão, as áreas genitais mantendo a sensibilidade, remetem os participantes à sensação de satisfação sexual.

Variáveis referentes à resposta sexual também correlacionaram-se com a satisfação sexual dos homens. Antes da lesão as variáveis “excitação sexual”, nível de “ereção”, “tempo de ereção”, frequência do “orgasmo” e “intensidade do orgasmo” correlacionaram-se com a satisfação sexual. Após a lesão medular, essas 5 variáveis mantiveram a correlação, com o acréscimo da variável nível de “ejaculação”. Interessante destacarmos que antes da lesão medular a ejaculação não foi correlacionada com a satisfação sexual, talvez por ser comum nas relações sexuais masculinas não mereceu destaque, porém após a lesão, a ejaculação é bastante rara entre os sujeitos, o que pode fazer com que os que a mantêm sintam-se mais satisfeitos sexualmente, já que mantém algo que representa fortemente sua capacidade sexual.

Segundo Alexander, Sipski e Findley (1993) os dois maiores fatores para a insatisfação sexual de 41% dos homens participantes de seu estudo são os sentimentos da pessoa com lesão medular e do parceiro sobre o intercuro sexual. Os que tem prazer com o intercuro sexual são mais satisfeitos sexualmente do que os que não tem prazer com o intercuro sexual. Os autores concluíram que as intervenções que capacitam o homem a participar do intercuro sexual, devem ser utilizadas como forma de promoção da satisfação sexual masculina.

Por fim, destacamos que tanto nos homens, quanto nas mulheres, as duas variáveis relacionadas ao ajuste sexual (físico e psicológico) e ainda a variável “adaptação sexual” apresentaram correlação positiva com a “satisfação sexual” depois da lesão medular. Ou seja, homens e mulheres mais satisfeitos sexualmente, são mais ajustados e adaptados sexualmente.

Em nosso estudo a “idade do sujeito” não apresentou correlação significativa com a satisfação sexual tanto para homens quanto para mulheres. Valtonen (2006) percebeu em seu trabalho que a satisfação sexual diminuiu lentamente com o aumento da idade dos participantes. Entretanto, quando os homens e as mulheres foram analisados separadamente, a satisfação com a vida sexual diminuiu com a idade nos homens, enquanto que a idade não ocasionou efeito na satisfação sexual das mulheres ($p < 0,001$ e $p = 0,474$, respectivamente). Os mesmos autores encontraram a satisfação sexual correlacionada com a “idade do sujeito na época da lesão medular”. Segundo os autores, nos homens, a insatisfação sexual era maior entre aqueles que tiveram a lesão medular mais tarde, enquanto que nenhuma associação foi encontrada entre estas duas variáveis nas mulheres. Além disso, a idade do sujeito na época da lesão teve pouca importância entre homens com idade inferior a 45 anos, mas naqueles que tiveram a lesão com menos de 25 anos, o risco de insatisfação sexual foi maior.

Em nossos achados o “tempo de lesão medular” apresentou correlação positiva com a satisfação sexual dos homens após a lesão medular. No estudo de Valtonen et al (2006) os autores declararam que não houve associação entre o tempo desde a lesão e a satisfação com a vida sexual em homens e em mulheres.

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) pré-lesão, duas variáveis foram correlacionadas significativamente com a “satisfação sexual”: frequência da atividade sexual e desejo dos parceiros por sexo. Interessante que o desejo sexual dos participantes não foi correlacionado significativamente com satisfação sexual pré-lesão. Pós-lesão, apenas 2 fatores correlacionaram-se significativamente com satisfação sexual: ambos subjetivos sentimentos sobre intercuro pênis-vagina e o sentimento dos parceiros sobre o intercuro. Em nosso estudo, a frequência e o desejo sexual apresentaram correlação pré e pós-lesão entre os

homens. Já em relação ao intercuro pênis-vagina, ou “penetração vaginal”, em nosso estudo a correlação também existiu, tanto em sentimentos do próprio participante (realizava penetração e gostava de realizar penetração após a lesão) quanto do parceiro (percebia que o parceiro gostava de penetração vaginal após a lesão).

Ao final desse capítulo, vimos que houve diminuição da satisfação sexual em homens e mulheres após a lesão medular, porém nos homens, essa diminuição foi muito acentuada e significativa estatisticamente. Também encontramos diferenças na satisfação sexual de homens e mulheres pré-lesão: os homens eram mais satisfeitos do que as mulheres. Entre as mulheres alguns autores destacaram que a diminuição da satisfação sexual e também a piora da vida sexual em geral estava vinculada à atitude indiferente do parceiro em relação ao sexo, problemas médicos decorrentes da lesão medular, falta de privacidade, presença do cuidador, tabus culturais e a preparação necessária para o sexo. Vemos que em todos esses aspectos levantados pelas mulheres uma intervenção profissional adequada é possível e pode modificar a situação. As mulheres podem ser atraentes aos seus parceiros novamente, mas para isso precisam receber ajuda para que sua auto-estima seja recuperada. A falta de privacidade, assim como a presença do cuidador como um incômodo às mulheres com lesão medular, mostram que não há um preparo adequado desse profissional. Respeitar a individualidade do lesionado medular, assim como possibilitar a ele uma vida com qualidade é função do profissional que acompanha o caso. Da mesma forma a preparação para o sexo, independente da situação física, é necessária. Certamente as necessidades de uma pessoa com lesão medular são diferentes, mas precisam ser encaradas como rotineiras e realizadas da forma mais discreta e individual possível (se assim for a vontade da pessoa).

Entre os homens, os aspectos responsáveis pela diminuição da satisfação sexual são um pouco diferentes. Alguns autores listaram a falta de parceiros (falta de oportunidades), a imobilidade causada pela lesão, a dificuldade para atingir o orgasmo, e a dificuldade em conseguir e manter a ereção, como os principais fatores para a diminuição da satisfação após a lesão medular. Percebemos claramente que os homens sentem falta da resposta sexual típica pré-lesão: excitação + ereção + desempenho + ejaculação e orgasmo. O problema é que a lesão medular modifica diretamente a resposta sexual, por isso, entre os homens o trabalho de exploração da sensibilidade remanescente e principalmente a apresentação de novas atividades sexuais, além de uso de fantasias, são tão importantes. Parece-nos que uma comunicação aberta, tanto entre parceiros, quanto entre paciente-profissional, associada à honestidade mútua sobre o sexo, pode ser o princípio para uma vida sexual satisfatória.

Objetivo 5 – Identificar e comparar a orientação sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres

4.8. Resultados

A Orientação sexual dos participantes foi primeiramente explorada baseando-se no nível do desejo sexual. Dos 105 homens que responderam a questão referente ao desejo sexual antes da lesão medular, 91 (86,7%) declararam que sua vontade de fazer sexo era muito alta. Das 30 mulheres respondentes, 15 (50%) também declararam que sua vontade de fazer sexo era muito alta pré-lesão. Pós-lesão dos 107 homens, 65,4% (n=70), e das 31 mulheres, 58,1% (n=18), declararam que sua vontade de fazer sexo era muito alta.

Na tabela 45 comparamos homens e mulheres no período pré-lesão e novamente homens e mulheres no período pós-lesão. Tanto no período pré-lesão, quanto no período pós-lesão o nível de desejo sexual foi maior nos homens, porém a diferença entre homens e mulheres foi estatisticamente significativa somente no período pré-lesão medular ($p < 0,001$).

Tabela 45: Nível de Desejo sexual – Homens X Mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.

	PRÉ-LESÃO MEDULAR				PÓS-LESÃO MEDULAR			
	Mulher	Homem	Teste U	p	Mulher	Homem	Teste U	p
Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	679,50	<0,001	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	1282,50	0,052
N	30	105			31	107		

Ao compararmos os participantes pré e pós-lesão, percebemos que nos homens, o nível do desejo sexual pré-lesão medular foi maior que depois da lesão, essa diferença entre os dois períodos foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Entre as mulheres o desejo sexual foi maior pós-lesão, porém sem diferença significativa (tabela 46).

Tabela 46: Nível de Desejo sexual de Homens e Mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão.

Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	PRÉ-LESÃO MEDULAR	PÓS-LESÃO MEDULAR	Teste Wilcoxon	P
	6,50	7,00		
Mulher	Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	-0,637	0,524
n	30	31	28	
	10,00	8,00		
Homem	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	-4,536	<0,001
n	105	107	102	

Questionamos os participantes sobre as atividades que gostavam de receber tanto antes quanto depois da lesão medular. Na tabela 47 comparamos homens e mulheres no período pré-lesão medular. A mediana de todas as atividades que os participantes gostavam de receber foi igual para homens e mulheres, exceto na atividade “estimulação manual” que as mulheres declararam gostar mais do que os homens, porém essa diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa.

Na tabela 48 comparamos homens e mulheres no período pós-lesão medular. A mediana de todas as atividades que os participantes gostavam de receber foi semelhante entre homens e mulheres e nenhuma delas apresentou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 47: Atividades que os participantes gostavam de receber PRÉ-lesão.

Atividades que gostava de RECEBER	PRÉ-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	14	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	52	349,00	0,784
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	14	10,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	52	304,50	0,307
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 10,00	13	9,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	49	312,50	0,911
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	10	0	45	215,00	0,501
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	12	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	50	287,50	0,797
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	12	9,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	51	282,00	0,661
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 8,25 Q _{3/4} = 10,00	12	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	47	226,50	0,278
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	10	0 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	46	188,50	0,242

Tabela 48: Atividades que os participantes gostavam de receber PÓS-lesão.

Atividades que gostava de RECEBER	PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00 Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00	16	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	54	355,50	0,225
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,50 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	16	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	53	386,00	0,560
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,75	16	9,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 10,00	53	390,50	0,621
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	13	0	48	279,50	0,229
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	16	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	53	352,50	0,289
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	16	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	52	299,50	0,084
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	16	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,50	53	368,50	0,423
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	14	0	50	333,00	0,674

Ainda referente às atividades que os participantes gostavam de receber comparamos os momentos pré e pós-lesão. Nas mulheres (tabela 49) as medianas das atividades oscilaram pouco pré e pós-lesão. Em nenhuma delas houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 49: Atividades que as mulheres gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão.

MULHER Atividades que gostava de RECEBER	PRÉ-LESÃO MEDULAR	PÓS-LESÃO MEDULAR	Teste Wilcoxon	p	n
	10,00	10,00			
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,412	0,680	13
	10,00	9,50			
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 8,75 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,514	0,607	13
	10,00	8,00			
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,75	0,000	1,000	11
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	0	0,000	1,000	8
	10,00	8,50			
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,420	0,674	11
	9,00	9,00			
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 7,25 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,514	0,607	11
	9,00	8,50			
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 8,25 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	-1,121	0,262	11
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	0	-1,000	0,317	9

Já nos homens (tabela 50) as atividades “penetração vaginal”, “toques íntimos” e “sexo anal”, apareceram diminuídas após a lesão medular. Dessas 3, “penetração vaginal” e “sexo anal” apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 50: Atividades que os homens gostavam de receber PRÉ e PÓS-lesão.

HOMEM Atividades que gostava de RECEBER	PRÉ-LESÃO MEDULAR	PÓS-LESÃO MEDULAR	Teste Wilcoxon	p	n
	10,00	10,00			
Beijos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,956	0,339	49
	10,00	10,00			
Abraços (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	-0,209	0,835	48
	9,00	9,00			
Sexo oral (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 10,00	-1,800	0,072	46
Estimulação c/ vibrador (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	0	-0,527	0,598	39
	10,00	8,00			
Intercurso pênis / vagina (penetração) (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	-2,862	0,004	47
	9,00	8,00			
Toques íntimos (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	-1,524	0,127	46
	8,00	8,00			
Estimulação manual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,50	-1,109	0,267	44
	0				
Sexo anal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	0	-2,117	0,034	41

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 51 vemos as correlações para “Desejo Sexual” de homens antes da lesão. Na tabela 52 temos as correlações para o período pós-lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 51: Correlações¹ de Desejo Sexual em Homens PRÉ-lesão.

		Desejo sexual
<i>Prática</i>	SEXO importante	0,514**
	Realizava BEIJO	0,448**
	Realizava ABRAÇO	0,437**
	Realizava TOQUES INT	0,548**
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,457**
<i>Orientação</i>	Parceiro Gostava de receber BEIJO	0,391**
	Parceiro Gostava de receber ABRAÇO	0,306*
	Parceiro Gostava de receber SEXO ORAL	0,437**
	Parceiro gostava de receber PENETRAÇÃO	0,488**
	Parceiro gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,492**
	Parceiro gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,498**
	Gostava de receber BEIJO	0,390**
	Gostava de receber ABRAÇO	0,348*
	Gostava de receber SEXO ORAL	0,459**
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,594**
	Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,438**
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,494**
	Prazer no PESCOÇO	0,344*
	Prazer nas COXAS	0,276*
	Prazer no PEITO	0,369*
Prazer nos TESTÍCULOS	0,668**	
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,312**
	Excitação sexual	0,675**
<i>Resposta</i>	Ereção espontânea	0,330*
	Tempo de ereção	0,298*
	Ejaculação	0,507**
	Frequência do orgasmo	0,521**
	Intensidade do orgasmo	0,599**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 52: Correlações¹ de Desejo Sexual em Homens PÓS-lesão.

	Desejo sexual	
	Termos de sexualidade	0,281*
	SEXO importante	0,439**
	Nº de parceiros sexuais	0,362**
<i>Prática</i>	Realiza SEXO ORAL	0,443**
	Realiza VIBRADOR	0,312*
	Realiza PENETRAÇÃO	0,414**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,319*
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,336*
	Realiza SEXO ANAL	0,301*
	Frequência sexual	0,214*
	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	0,418**
	Parceiro gosta de receber VIBRADOR	0,326*
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,494**
	Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,379**
	Parceiro gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,363**
	Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,410**
	Prazer BOCA	0,419**
	Prazer no PESCOÇO	0,309*
	Prazer nos PÉS	0,297*
	Prazer no PEITO	0,283*
	Gosta de receber ABRAÇO	0,304*
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,564**
	Gosta de receber VIBRADOR	0,315*
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,602**
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,663**
	Gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,645**
	Gosta de receber SEXO ANAL	0,455**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,288**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,555**
	Intensidade do orgasmo	0,200*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,305*
	Ajuste sexual PSICO	0,287*
	Adaptação sexual	0,267**

¹Teste de Spearman

* correlação significante (0,05)

** correlação significante (0,01)

Correlações - Mulheres

Nas tabelas 53 e 54 vemos as correlações para “Desejo Sexual” de mulheres antes e depois da lesão medular, respectivamente. Assim como nas duas tabelas anteriores, a primeira coluna das tabelas seguintes nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 53: Correlações¹ de Desejo Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.

		Desejo sexual
	Termos de Religiosidade	0,526*
	Termos de sexualidade	0,488
	Nº de parceiros sexuais	0,668**
<i>Prática</i>	Realizava BEIJO	0,519*
	Realizava ABRAÇO	0,507*
	Realizava SEXO ORAL	0,727**
	Realizava PENETRAÇÃO	0,679**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,535*
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,521*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,694**
	Excitação sexual	0,830**
<i>Resposta</i>	Tempo de lubrificação vaginal	0,670*
	Frequência do orgasmo	0,558*
	Intensidade do orgasmo	0,731**
<i>Orientação</i>	Prazer NÁDEGAS	0,599*

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 54: Correlações¹ de Desejo Sexual em Mulheres PÓS-lesão.

		Desejo sexual
	Termos de sexualidade	0,578**
	SEXO importante	0,623**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,443*
	Realiza SEXO ORAL	0,566*
	Frequência sexual	0,580**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber SEXO ORAL	-0,650*
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,598*
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,500*
	Prazer BOCA	0,585**
	Prazer nas ORELHAS	0,720**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,476**
	Excitação sexual	0,856**
<i>Resposta</i>	Tempo de lubrificação vaginal	0,635**
	Intensidade do orgasmo	0,502*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,495*
	Adaptação sexual	0,576**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.9. Discussão

A Orientação sexual dos participantes foi explorada inicialmente baseando-se no nível do desejo sexual. Dos 105 homens que responderam a questão pré-lesão, 91 (86,7%) declararam seu desejo sexual como muito alto. Das 30 mulheres respondentes, 15 (50%) também declararam seu desejo sexual como muito alto pré-lesão. Pós-lesão dos 107 homens, 65,4% (n=70), e das 31 mulheres, 58,1% (n=18), declararam o desejo sexual como muito alto. Percebemos com isso que houve diminuição no desejo sexual de homens, porém aumento no desejo das mulheres após a lesão medular.

Phelps et al (2001), em estudo com 50 homens com lesão medular, ao verificarem o nível do desejo sexual, também encontraram a maioria de seus participantes com nível alto (20% com desejo sexual de nenhum à baixo, 38% moderado, 42% alto). Os autores também questionaram a respeito da estimativa do nível de desejo do parceiro: 12% nenhum-baixo, 54% moderado, 34% alto. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), pós-lesão, o desejo sexual era nenhum ou muito baixo em 19%, apropriado em 36%, e alto em 45% dos casos. No estudo de Phelps et al (1983), dos 50 homens participantes da pesquisa 20% julgaram seu desejo sexual como sendo fraco ou muito fraco após a lesão medular. Já no período pré-lesão, a maioria dos participantes classificou o desejo sexual como sendo muito forte, mas quando solicitados à fazer uma comparação entre os dois períodos, suas classificações com relação ao desejo sexual não mudaram tanto quanto os sentimentos de satisfação sexual e adequação sexual. Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) encontraram 22% dos participantes com baixo desejo sexual. O decréscimo no desejo sexual foi listado por 16% dos participantes e a diminuição do desejo sexual do parceiro foi a razão relacionada para a diminuição da atividade sexual por 15% dos participantes.

Na tabela 45 comparamos homens e mulheres no período pré-lesão e novamente homens e mulheres no período pós-lesão. Tanto no período pré-lesão, quanto no período pós-lesão o nível de desejo sexual foi maior nos homens, porém a diferença entre homens e mulheres foi estatisticamente significativa somente no período pré-lesão medular ($p < 0,001$).

Ao compararmos os homens de nosso estudo pré e pós-lesão, percebemos que o nível do desejo sexual pré-lesão medular foi maior que pós-lesão ($p < 0,001$). Entre as mulheres o desejo sexual também foi maior pós-lesão, porém sem diferença significativa (tabela 46). No estudo de Fisher et al (2002) realizado com 40 pessoas com lesão medular (32 homens e 8 mulheres), os autores encontraram que com relação ao desejo sexual o grupo mostrou não

haver diferença quando comparados com o período pré-lesão, mas foi relatada como significativamente menor nos período de até 6 meses após a lesão. Segundo os autores, o fato de não haver mudança no desejo sexual dos participantes, se deu por uma perspectiva irreal da situação vivida e falta de experiência sexual após a lesão. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), o desejo sexual pré-lesão foi avaliado como apropriado ou alto por 97% da amostra, comparado com 78% da amostra pós-lesão. Os sujeitos da pesquisa ainda perceberam que o desejo sexual de seus parceiros diminuiu após a lesão. No estudo de Singh e Sharma (2005) com 40 mulheres com lesão medular, 65% das mulheres relataram decréscimo no desejo sexual após a lesão medular.

Questionamos os participantes sobre as atividades que gostavam de receber tanto antes quanto depois da lesão medular (tabela 47). Pré-lesão a mediana de todas as atividades que os participantes gostavam de receber foi igual para homens e mulheres, exceto na atividade “estimulação manual” que as mulheres declararam gostar mais do que os homens, porém essa diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. No período pós-lesão (tabela 48) as medianas das atividades foram próximas entre homens e mulheres, e novamente não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Ao compararmos os homens e as mulheres nos dois períodos estudados encontramos algumas diferenças significativas. Entre os homens (tabela 50), as atividades “penetração vaginal” e “sexo anal” apresentaram diminuição após a lesão medular ($p=0,004$ e $p=0,034$, respectivamente). Isso pode ser reflexo da diminuição da ereção dos homens após a lesão medular. Entre as mulheres (tabela 49) as medianas das atividades oscilaram pouco pré e pós-lesão. Em nenhuma delas houve diferença estatisticamente significativa. Talvez não tenha ocorrido a mudança nas atividades, como ocorreu nos homens, pois a resposta que é modificada pela lesão nas mulheres é a lubrificação vaginal, que pode ser substituída facilmente por lubrificantes artificiais, sendo assim as atividades sexuais não ficam diretamente comprometidas. Entre os homens, embora os recursos sejam vastos, a recusa em aceitar as modificações da lesão pode ser o que impeça a melhora da condição erétil possibilitando a manutenção das práticas de penetração vaginal e anal para os homens.

Em nosso estudo encontramos diversas **correlações** para o desejo sexual dos homens antes e depois da lesão medular (tabelas 51 e 52). Pré-lesão a importância dada ao sexo pelos homens do estudo correlacionou-se positivamente com o desejo sexual. Além disso, 6 variáveis relacionadas às atividades que o parceiro gostava de receber no sexo também correlacionaram-se positivamente com o desejo sexual. Da mesma forma 6 variáveis

relacionadas às atividades que o próprio participante gostava de receber no sexo também se correlacionaram com o desejo sexual. Podemos entender que o participante que dá mais importância ao sexo, gosta de receber várias atividades sexuais, assim como percebe que seu parceiro gosta de diversas atividades sexuais. Após a lesão, novamente 6 variáveis relacionadas às atividades que o parceiro gosta de receber no sexo, assim como 6 variáveis relacionadas às atividades que o próprio participante gosta de receber no sexo correlacionaram-se com o desejo sexual pós-lesão. Nesse aspecto não houve diferença pré e pós-lesão medular, ou seja, “o que se gosta de receber” e também “o que o parceiro gosta de receber” exercem forte influência no desejo sexual antes e depois da lesão medular.

Todas as variáveis de nosso estudo, relacionadas à resposta sexual, apresentaram correlação positiva com o desejo sexual – nível de “Excitação sexual”, “Ereção espontânea”, “Tempo de ereção”, nível de “Ejaculação”, nível de “Orgasmo” e “Intensidade do orgasmo”. Isso pode nos demonstrar que os participantes pré-lesão que tinham mais vontade, eram os mesmos que tinham mais resposta sexual, ou seja, além de se engajarem no sexo tinham a resolução do mesmo. Após a lesão medular, somente duas variáveis relacionadas à resposta sexual correlacionaram-se positivamente com o desejo sexual – “Excitação sexual” e “Intensidade do orgasmo”. Interessante que as duas variáveis correlacionadas não estão vinculadas aos genitais. Isso pode ocorrer devido à perda/alteração da sensibilidade na região peniana, ou ainda ao fato de terem o despertar sexual mais por atitudes eróticas do que por toques em regiões antes sensíveis (exemplo, pênis e testículos). Alexander, Sipski e Findley (1993), encontraram o desejo sexual dos homens de seu estudo após a lesão correlacionado com a idade, a experiência sexual pré-lesão e à severidade da lesão. Os autores destacam ainda que o desejo sexual após a lesão não apresentou correlação significativa com o nível da lesão medular.

Em nosso estudo também encontramos diversas **correlações** para o desejo sexual das mulheres antes e depois da lesão medular (tabelas 53 e 54). Pré-lesão o desejo sexual apresentou correlação com o quanto as participantes se consideravam liberais em termos sexuais e religiosos. Após a lesão a correlação apareceu somente com o quanto se consideravam liberais em termos sexuais. Além dessa, o quanto a participante acha o sexo importante também apresentou correlação com o desejo sexual após a lesão. Novamente reafirmamos o quanto o valor que os participantes dão para o sexo e o quanto se permitem experimentar no sexo (mais liberais em termos sexuais), podem ser determinantes de melhores índices de desejo sexual e outras variáveis já apresentadas nos capítulos anteriores.

Pré-lesão a variável “n.º de parceiros sexuais” e 6 variáveis referentes ao que o participante realizava antes da lesão (beijos, abraços, sexo oral, penetração, toques íntimos e estimulação manual) correlacionaram-se com o desejo sexual. Talvez isso nos mostre o quanto o que se fazia em termos de prática sexual poderia influenciar na vontade de fazer sexo (desejo sexual) das mulheres. Já após a lesão medular, somente uma variável referente ao que a participante realiza sexualmente (sexo oral) correlacionou-se com o desejo sexual. Isso pode ocorrer pelo aumento dessa atividade após a lesão medular, como confirmamos no capítulo 3 dos resultados, tabela 32, onde pré-lesão a mediana da prática de sexo oral foi 2,00 ($Q_{1/4} = 0,00$ e $Q_{3/4} = 7,00$) e pós-lesão foi 6,50 ($Q_{1/4} = 3,00$ e $Q_{3/4} = 9,25$) com diferença significativa entre os dois períodos ($p=0,008$). O que queremos dizer é que por essa ser uma prática mais comum após a lesão medular, afinal de todas as atividades que estudamos, a prática do sexo oral foi a única que apresentou diferença estatisticamente significativa pré e pós-lesão, o desejo sexual da mulher pode estar atrelado à ela. Ainda em relação ao período pós-lesão as variáveis “frequência sexual” e “tempo de vida sexual ativa” correlacionaram-se com o desejo sexual. Como comentamos nos capítulos anteriores, a prática do sexo, a repetição do mesmo, pode interferir no desejo sexual das participantes. Mulheres que fazem mais sexo se conhecem mais, e conseguem despertar mais a sua vontade sexual.

Em relação às variáveis vinculadas à “orientação sexual”, pré-lesão, somente a variável “sentir prazer nas nádegas” apresentou correlação com o desejo sexual nas mulheres. Já após a lesão medular, o quanto o parceiro “gosta de receber sexo oral”, o quanto o participante “gosta de receber penetração e toques íntimos” correlacionaram-se com o desejo sexual, demonstrando que o desejo também pode estar vinculado ao quanto o parceiro demonstra sua vontade no sexo. Em relação às áreas de prazer, enquanto pré-lesão as “nádegas” foram correlacionadas, após a lesão a “boca” e as “orelhas” apresentaram correlação com o desejo sexual. Isso pode nos mostrar que a sensibilidade remanescente interfere nas áreas de prazer e com isso no desejo sexual. Se pré-lesão as nádegas são sexualmente prazerosas, após a lesão, com a perda de sensibilidade em muitas regiões, a boca e as orelhas, preservadas, são as áreas de prazer responsáveis pelo despertar sexual.

Quatro variáveis vinculadas à resposta sexual pré-lesão – “excitação sexual”, “tempo de lubrificação vaginal”, nível de “orgasmo” e “intensidade do orgasmo” – apresentaram correlação com o desejo sexual das mulheres. Após a lesão medular a única variável do período pré-lesão que não apresentou correlação foi a frequência do “orgasmo”. Isso pode nos demonstrar que as mulheres após a lesão medular que têm maior desejo sexual estão mais

preocupadas com a qualidade do seu orgasmo (por isso a correlação positiva com a intensidade do orgasmo) do que com a frequência com que tem esse orgasmo.

A satisfação sexual apresentou correlação positiva com o desejo sexual tanto antes quanto depois da lesão medular, ou seja, as mulheres com maior desejo sexual foram as mesmas que declararam maior satisfação sexual. Além de terem vontade de fazer sexo as mulheres estão satisfeitas com o resultado do mesmo. Por fim, as variáveis referentes ao ajuste sexual e à adaptação sexual das mulheres também se correlacionaram positivamente com o desejo sexual após a lesão medular.

Ao final desse capítulo vimos que o desejo sexual dos homens foi mais afetado do que o das mulheres, pois entre os homens houve diminuição do desejo após a lesão. Já entre as mulheres houve incremento do desejo. Interessante que pré-lesão os homens tinham mais desejo do que as mulheres, suas medianas foram mais altas. Talvez por isso, por não terem um desejo tão elevado antes da lesão medular, as mulheres supervalorizaram o desejo remanescente o que acabou fazendo com que o desejo sexual fosse mais alto após a lesão medular. Alguns autores encontraram em seus estudos que a diminuição do desejo sexual do parceiro era um dos principais responsáveis pela diminuição do desejo em homens após a lesão medular. Como eram estudos baseados em auto-relato, pode-se pensar que a percepção dos homens pudesse estar alterada em virtude da nova condição física, onde a insegurança é muito presente e a modificação da imagem corporal assim como da mobilidade e da capacidade física, refletem sentimentos de impotência para os homens. O que percebemos com nossos achados foi a importância de se explorar fantasias sexuais, em especial entre as pessoas que demonstram valorizar mais o sexo (como foi o caso dos homens de nosso estudo) e também entre as pessoas mais liberais religiosa e sexualmente (como foi o caso das mulheres de nosso estudo). A prática sexual acabará sendo modificada pela mudança no posicionamento do participante (seja ele mulher ou homem), porém novas experiências precisam ser exploradas para que o desejo sexual possa ser despertado novamente. Vimos também que as oportunidades foram determinantes de desejo sexual maior, ou seja, é preciso restabelecer a vida social das pessoas que gostavam de vida social. Propiciar momentos de fantasia, aliados à práticas adaptadas às novas condições podem ser um início para despertar o desejo sexual de homens, mulheres e seus parceiros. Respeitar o que se gostava de fazer e receber antes da lesão medular é fundamental, pois a orientação sexual dos sujeitos não será afetada pela lesão medular, embora a execução do que se pretende possa estar limitada pela lesão medular.

4.10. Adaptação do Erotismo após a Lesão Medular

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento referente à orientação sexual de nossos sujeitos de pesquisa, 15 homens participantes do estudo foram convidados a responder as seguintes questões:

1. “Por favor, descreva uma situação, uma cena, que você achava muito excitante antes da sua lesão medular. Se possível, tente descrever os detalhes da cena com riqueza, as atividades que aconteceram, a pessoa que estava com você.”
2. “Agora faça o mesmo, descreva uma situação ou cena que você acha excitante, com a mesma riqueza da anterior, mas considerando a atualidade, ou seja, depois da sua lesão medular.”

Por se tratar de algo mais íntimo, apenas 4 homens aceitaram participar dessa etapa. Na tabela 55 temos as características dos participantes.

Tabela 55: Erotismo - Características dos participantes.

Sujeito	1	2	3	4
Idade atual	36 anos	20 anos	53 anos	33 anos
Idade na lesão	17 anos	19 anos	33 anos	29 anos
Tempo de lesão	19 anos	1 ano	20 anos	4 anos
Causa da lesão	Mergulho	Quedas	Acidente de trânsito	Mergulho
Estado Civil PRÉ	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Casado
Estado Civil PÓS	Solteiro	Solteiro	Separado	Casado
Perfil Afetivo-sexual	Romântico	Sexual	Romântico	Romântico

Vemos algumas semelhanças entre os participantes. Em relação à idade na época da lesão temos os sujeitos 1 e 2 em um lado (17 e 19 anos) e os sujeitos 3 e 4 de outro lado (29 e 33 anos). O tempo de lesão medular foi pequeno para os sujeitos 2 e 4 (1 e 4 anos), e bastante grande pra os sujeitos 1 e 3 (19 e 20 anos). Os sujeitos 1, 2 e 3 não estavam casados nem antes, nem depois da lesão medular. Já o sujeito 4 estava casado pré-lesão e manteve-se assim também após (com a mesma companheira). Os sujeitos 1, 3 e 4 apresentaram o perfil afetivo-sexual como “romântico”, ficando apenas o sujeito 2, com 20 anos de idade, ou seja, adolescente, como “sexual”.

Sujeito 1

Antes da lesão medular o sujeito 1 descreveu de forma muito romântica a cena de excitação. Também destacou que seu objeto de desejo eram as colegas de aula e uma professora. O sujeito teve a lesão aos 17 anos, por isso a descrição do meio estudantil em sua cena.

“Nas minhas horas sozinho, sempre imaginava em uma cena com ela. Saindo no banho vestida com uma camisa masculina, calcinha branca de algodão...”

Sua excitação sexual era desencadeada olhando colegas de sala e também sua professora. Chamou a atenção para as regiões do corpo que achava atraentes nelas – boca, seios, nádegas – porém apenas o olhar era o responsável pela excitação.

“Imaginava cenas com amigas de sala, professoras, em especial uma de biologia. Quando ela entrava na sala um perfume doce de flores espalhava pela sala toda. Ela era morena, olhos muito azuis, corpo definido, seios médios, bumbum redondinho, pele muito branca.”

A prática sexual antes da lesão, talvez pela idade e também por sua personalidade tímida, o que de certa forma, podia dificultar suas iniciativas sexuais, foi exclusivamente a estimulação manual (masturbação).

“Sofri meu acidente aos 17 anos. Sempre fui muito tímido não tinha muito contato com mulheres, inclusive amigas da escola. Apesar disso vivia excitado e eu acabava me masturbando todos os dias.”

Depois da lesão medular a descrição da cena de excitação manteve-se muito rica e também com romantismo. O sujeito relatou um momento de auto-realização quando fez sua namorada alcançar o orgasmo. Além disso, sua excitação sexual, que antes era desencadeada por olhar suas colegas, após a lesão voltou-se para demonstrações de interesse de pessoas por ele. As práticas sexuais descritas por ele como parte de sua cena de excitação após a lesão medular foram os toques íntimos (beijos nos seios) e o sexo oral.

“Hoje, vejo a excitação de um modo diferente, me excito fácil com um simples olhar, ou um pequeno gesto que demonstre interesse por mim. Mas o que realmente me excitou muito foi quando uma ex-namorada teve um orgasmo comigo, aquela cena me fez sentir vivo de novo, apesar de não ter saído com eu imaginava.”

Sujeito 2

Antes da lesão medular o participante descreveu o que o excitava sem menção à aspectos românticos. Sua excitação sexual estava pautada em “insinuações” e “provocações”, além de beijos e também roupas ousadas. O sujeito 2 foi o único dos quatro que teve seu perfil afetivo-sexual classificado como “sexual”, ou seja, dava mais valor ao sexo do que ao amor (lembrando que ele era o único na fase da adolescência, 20 anos de idade). Talvez por isso a forma direta de responder ao questionamento, sem rodeios, sem descrições românticas das cenas.

“Antes, até pelo fato da minha pouca idade, qualquer coisa já bastava para me excitar: um short mais curto, uma calcinha menor, qualquer tipo de insinuação ou provocação, beijo na boca, etc. eram suficientes para uma ereção em poucos segundos.”

Depois da lesão medular, o participante enfatizou muito a ereção em seu discurso, e destaca os “beijos” como aliados para aquisição da mesma.

“Hoje tenho que me estimular um pouco para conseguir uma ereção somente com estímulos áudio ou visuais, porém com beijo na boca consigo ereção sem problema algum e sem ter que me tocar. Ereção espontânea ou com estímulo não duravam muito no pós-trauma, agora parece que não precisarei de qualquer tipo de remédio.”

O sujeito 2 foi o único dos 4 participantes que demonstrou preocupação com a ereção, e também centralização do discurso sobre excitação sexual, no pênis. Talvez essa também seja uma característica do homem com perfil “sexual”. Uma outra hipótese para a centralização peniana é o pequeno tempo de lesão medular, apenas 1 ano. O que faz com que ele seja muito ligado em sua vida sexual prévia, sem experiências com outras práticas sexuais menos centralizadas no pênis.

Sujeito 3

Antes da lesão medular a descrição da cena de excitação foi enfatizada em dominação, posicionamento de superioridade e poucas características românticas. Além disso, a prática sexual foi pautada na penetração vaginal, com o sujeito no total controle do sexo. Não houve demonstração de interesse pela resposta sexual da parceira (desejo, excitação, orgasmo).

“Antes de ganhar a lesão medular, gostava muito de transar com a garota com ela ajoelhada na beirada da cama de 4 e eu em pé, penetrando ela por trás, gostava de ver ela com o quadril bem empinado e segurando ela ou pelo cabelo ou nos ombros, forçando a ficar com a cabeça bem baixa e o quadril mais alto, sentia um tesão louco com isso, tinha uma visão maravilhosa da transa e via todo o corpo dela e gostava de ver como eu a penetrava, o entrar e sair nela, dava uma sensação de domínio que excitava muito...”

Depois da lesão medular o participante descreveu momentos de aflição no período subsequente à lesão. Segundo ele o sexo ficou “fora do seu controle”. Pela diminuição da mobilidade e pela impossibilidade de ficar em pé (sua forma de sexo preferida antes da lesão), teve que se submeter ao posicionamento possível (sentado) e ao ritmo sexual imposto por sua parceira.

“Logo no início, sentia um tesão louco, mas por mais que a garota fazia um sexo oral comigo não sentia nada além do tesão enorme em ver, mas queria sentir, e sentir como sentia antes. Não conseguia mais transar em pé, muito menos fazer os movimentos que fazia, tinha de contentar com os movimentos dela, no ritmo dela. Passava a ficar sentado e ela em meu colo, era uma loucura a vontade de querer sentir eu penetrando ela, mas não conseguia, aumentava o ritmo, apertava mais ela em meu corpo, mas nada.”

Após esse primeiro momento, de frustração por não poder realizar as práticas sexuais como antes da lesão, veio a fase de adaptação sexual. Nessa fase a prática sexual não ficou mais centralizada exclusivamente na penetração vaginal, mas houve incremento do sexo oral. Houve também aceitação da sua parceira controlar o sexo.

“Depois de um certo tempo de lesão, passei a entender melhor e percebi que o tesão estava na cabeça e não no órgão, então mudei minha maneira, passei a sentir o sexo oral fazendo na parceira e deixando ela fazer como gosta, muitas vezes olhava ela fazendo e me deliciava, me excitava e assim, a parceira passou a ficar por cima, controlando os movimentos, a penetração etc e eu, apenas olhava e a acariciava.”

Por fim, o sujeito 3, acrescenta ainda a prática da masturbação em sua rotina sexual, porém ressalta que essa é uma alternativa pela falta de parceiros sexuais.

“Hoje, quase 23 anos de lesão medular, solteiro, nem sempre tenho uma parceira disponível, portanto nem sempre uma relação e conseqüentemente, nem sempre uma ereção. Sobra, beijos, carícias, toques e o uso das mãos etc.”

Sujeito 4

Antes da lesão medular a descrição da cena de excitação do participante foi carregada de romantismo. Com descrição de movimentos, olhares, e preocupação com o prazer e a satisfação sexual da parceira. As práticas sexuais descritas pelo participante previamente à lesão foram o sexo oral e a estimulação manual, com detalhamento de plena satisfação sexual. Não houve qualquer relato de penetração vaginal.

“Ela se despindo... Tirava a roupa com muita delicadeza, depois, começava a tirar a lingerie, primeiro o sutiã... depois a calcinha... Nossos olhares se encontravam o tempo todo, afinal, é muito bom ver o que ela fazia com as mãos, com a boca, com o corpo... Deixá-la excitada, fazia com que eu me excitasse cada vez mais... Vê-la gozar dessa forma era pra mim, talvez, o momento mais excitante da relação.”

Depois da lesão a descrição da cena de excitação ressalta o bom relacionamento mantido com a parceira, com companheirismo. Este sujeito era casado antes da lesão e assim se manteve após (com a mesma esposa). A cena teve a presença de beijos, abraços e toques íntimos. Além disso, houve uma grande demonstração de preocupação com a excitação da parceira, assim como antes da lesão. Interessante que após a lesão medular o participante manteve a prática do sexo oral como central em sua vida sexual, da mesma forma que relatado antes da lesão. Porém declara que precisou se especializar nele para compensar a ausência de outras práticas.

“Ela se deita ao meu lado. Eu começo a acariciá-la com as mãos, beijo-a no pescoço e a abraço. Não consigo mover-me como antes, mas ela é muito compreensiva e se vira para ficarmos numa posição mais confortável... Começo a fazer sexo oral com muito mais ‘experiência’, parece que me especializei nesse negócio, afinal, preciso compensar a falta de outras etapas...”

Destacamos que pré-lesão não houve descrição da penetração vaginal, assim como pós-lesão também não existiu. Porém seu discurso após a lesão demonstrou uma certa cobrança em relação à essa prática (ao afirmar que precisava compensar outras etapas). Talvez antes da lesão, apesar de não haver a penetração, essa cobrança não existisse pelo de haver a possibilidade de realizá-la a qualquer momento (o sujeito tinha função erétil normal). Após a lesão, com as limitações na ereção peniana, essa preocupação passou a existir. O sujeito 4 não relatou seu orgasmo em nenhum dos momentos, nem pré-lesão, nem pós lesão. Porém sua excitação sexual foi descrita com ênfase nos dois períodos.

Vimos com os quatro relatos apresentados que de modo geral o que se gosta de fazer no sexo é mantido após a lesão medular. Talvez a lesão impossibilite as posturas controladoras no sexo, como foi o caso do sujeito 3, mas mesmo assim a excitação continua sendo orientada no mesmo sentido. Adaptações foram feitas pelos homens para que o sexo se mantivesse, assim como sua satisfação sexual. Entre os homens que valorizavam a parceira, sua dedicação à elas foi maior ainda após a lesão.

A descentralização da região peniana no sexo foi um ponto interessante. A diminuição ou a perda da sensibilidade na região pode ter sido uma das responsáveis, mas talvez a falta de interesse das mulheres na penetração vaginal também tenha tido influência nessa descentralização.

Nesse estudo, levando em consideração a pouca idade do sujeito 2, pudemos perceber que os homens com perfil romântico tiveram maior sucesso com sua vida sexual após a lesão, afinal, com essa característica eles se aproximam da natureza das mulheres, onde amor e sexo estão vinculados em menor ou maior grau. Além disso, o interesse em explorar práticas além da penetração sexual pode ter sido o motivo da adaptação sexual após a lesão medular.

Objetivo 6 – Identificar e comparar a resposta sexual pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres

4.11. Resultados

A Resposta sexual de homens e mulheres foi questionada nesse estudo. Primeiramente tratando homens e mulheres de forma específica. Nas mulheres questionamos sobre Lubrificação vaginal, e nos homens sobre ereção e ejaculação.

Pré-lesão medular 58,3% (n=07) das 12 mulheres participantes declarou que tinha muito frequentemente ou sempre lubrificação vaginal antes do ato sexual. Com relação ao tempo de lubrificação vaginal, 46,2% (n=06) das 13 mulheres participantes declararam que tinham lubrificação vaginal antes do ato sexual por muito tempo. Pós-lesão medular 52,9% (n=09) das 17 mulheres participantes disse ter muito frequentemente ou sempre lubrificação vaginal e 35,3% (n=06) das 17 mulheres participantes declararam ter lubrificação vaginal antes do ato sexual por muito tempo.

Sobre suas ereções, pré-lesão, 83,6% (n=46) dos 55 homens declarou ter ereção sempre ou muitas vezes antes do ato sexual. O tempo de suas ereções era muito grande para 70,8% (n=39) dos 55 homens. Cinquenta homens (90,8%) dos 55 participantes declararam que conseguiam ejacular sempre ou muitas vezes. Pós-lesão 28,6% (n=16) dos 56 homens declarou ter ereções sempre ou muitas vezes; o tempo das ereções foi muito grande para 21,4% (n=12) dos 56 homens. Quatro homens (7,2%) dos 56 participantes declararam ter ejaculações sempre ou muitas vezes.

Com relação à excitação sexual, pré-lesão, 92,5% (n=99) dos 107 homens participantes e 60,7% (n=17) das 28 mulheres participantes, declararam que sua excitação sexual era muita alta. Pós-lesão, 58,8% (n=63) dos 107 homens participantes e 71,2% (n=22) das 31 mulheres participantes também declarou que sua excitação sexual era muito alta.

Em relação ao orgasmo dos participantes, 88,9% (n=48) dos 54 homens participantes e 38,5% (n=05) das 13 mulheres participantes, declararam que conseguiam chegar muito ou sempre ao orgasmo antes da lesão medular. A intensidade do orgasmo de 84,4% (n=86) dos

102 homens participantes e 54,6% (n=12) das 22 mulheres participantes era forte antes da lesão medular. Pós-lesão, 12,6% (n=07) dos 56 homens participantes e 23,5% (n=04) das 17 mulheres participantes declarou que conseguia alcançar o orgasmo sempre ou muitas vezes. Referente à intensidade do orgasmo, pós-lesão, 33,3% (n=34) dos 102 homens participantes e 40% (n=10) das 25 mulheres, declarou que seu orgasmo era muito forte após a lesão medular.

Comparamos algumas variáveis estudadas em relação à resposta sexual. A tabela 56 nos mostra as mulheres em comparação nos dois períodos: pré e pós-lesão. Percebemos que o nível de lubrificação vaginal diminuiu após a lesão medular, porém sem diferença significativa. O tempo de lubrificação vaginal manteve-se inalterado e o uso de lubrificação vaginal artificial, mesmo com diminuição da lubrificação espontânea, continuou ausente pelas mulheres.

Tabela 56: Resposta Sexual Feminina – Lubrificação vaginal.

<i>MULHER</i>	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Nível de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,50 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 9,75	12	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,00	17	-1,198	0,231
Tempo de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	13	6,00 Q _{1/4} = 3,50 Q _{3/4} = 8,00	17	-1,763	0,078
Nível de Lubrificação vaginal artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	13	0	17	-1,342	0,180

Na tabela 57 comparamos os homens pré e pós-lesão medular. As quatro variáveis estudadas – Ereção, Tempo de Ereção, Ereção artificial e Ejaculação – sofreram modificação pela lesão medular. O nível de ereção, o tempo de ereção e o nível de ejaculação diminuíram significativamente após a lesão medular ($p < 0,001$ para as 3 variáveis). O uso de artifícios para manutenção ou aquisição da ereção peniana sofreu aumento significativo após a lesão medular ($p < 0,001$).

Tabela 57: Resposta Sexual Masculina – Ereção e Ejaculação.

HOMEM	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	P
Nível de Ereção espontânea (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00	55	5,00	56	-5,536	<0,001
	Q _{1/4} = 8,00		Q _{1/4} = 2,00			
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 7,00			
Tempo de duração da ereção (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00	56	5,00	56	-5,233	<0,001
	Q _{1/4} = 6,00		Q _{1/4} = 3,00			
	Q _{3/4} = 9,00		Q _{3/4} = 6,00			
Nível de Ereção artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	56	0,00	56	-4,116	<0,001
			Q _{1/4} = 0,00			
			Q _{3/4} = 5,00			
Nível de Ejaculação (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00	55	0,00	56	-6,228	<0,001
	Q _{1/4} = 8,00		Q _{1/4} = 0,00			
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 3,00			

Além das questões específicas para homens e mulheres questionamos os participantes em relação ao orgasmo e à excitação sexual. Na tabela 58 comparamos os homens com as mulheres nos dois períodos. Pré-lesão medular, a frequência do orgasmo, a intensidade do orgasmo e o nível de excitação foram significativamente maiores nos homens ($p < 0,001$ para as 3 variáveis). Já no período pós-lesão os níveis das 3 variáveis pouco modificaram-se entre os dois grupos. Vale destacar que embora sem significância estatística, a frequência do orgasmo e também o nível de excitação sexual após a lesão medular foram maiores para as mulheres do que para os homens.

Ao compararmos as mesmas variáveis – frequência do orgasmo, intensidade do orgasmo e nível de excitação – nos homens, pré e pós-lesão, percebemos uma grande diminuição após a lesão medular. Na tabela 59 vemos que as 3 variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Ainda com relação à tabela 59, mas focando nas mulheres percebemos que as duas variáveis que apresentaram diminuição após a lesão-medular – frequência do orgasmo e intensidade do orgasmo – não apresentaram significância estatística. A excitação sexual não sofreu alteração após a lesão medular nas mulheres.

Tabela 58: Resposta Sexual – Orgasmo e Excitação sexual de homens e mulheres.

RESPOSTA SEXUAL	PRÉ-LESÃO MEDULAR						PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Nível do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00		10,00				5,00		3,00			
	Q _{1/4} = 3,00	13	Q _{1/4} = 8,00	54	112,00	<0,001	Q _{1/4} = 2,50	17	Q _{1/4} = 0,00	56	328,50	0,051
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 10,00				Q _{3/4} = 7,00		Q _{3/4} = 5,00			
Intensidade do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00		9,00				5,00		5,00			
	Q _{1/4} = 3,75	22	Q _{1/4} = 7,00	102	535,00	<0,001	Q _{1/4} = 2,00	25	Q _{1/4} = 0,00	102	1197,00	0,632
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 10,00				Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 7,25			
Nível de Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00		10,00				8,00		7,00			
	Q _{1/4} = 4,25	28	Q _{1/4} = 8,00	107	826,00	<0,001	Q _{1/4} = 5,00	31	Q _{1/4} = 5,00	107	1466,00	0,323
	Q _{3/4} = 9,75		Q _{3/4} = 10,00				Q _{3/4} = 9,00		Q _{3/4} = 9,00			

Tabela 59: Orgasmo e Excitação em homens e mulheres – PRÉ-lesão X PÓS-lesão.

HOMEM	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Frequência do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00		3,00			
	Q _{1/4} = 8,00	54	Q _{1/4} = 0,00	56	-6,091	<0,001
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 5,00			
Intensidade do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00		5,00			
	Q _{1/4} = 7,00	102	Q _{1/4} = 0,00	102	-7,047	<0,001
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 7,25			
Nível de Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	10,00		7,00			
	Q _{1/4} = 8,00	107	Q _{1/4} = 5,00	107	-6,629	<0,001
	Q _{3/4} = 10,00		Q _{3/4} = 9,00			
MULHER	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Frequência do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00		5,00			
	Q _{1/4} = 3,00	13	Q _{1/4} = 2,50	17	-1,178	0,239
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 7,00			
Intensidade do Orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00		5,00			
	Q _{1/4} = 3,75	22	Q _{1/4} = 2,00	25	-0,798	0,425
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 8,00			
Nível de Excitação Sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00		8,00			
	Q _{1/4} = 4,25	28	Q _{1/4} = 5,00	31	-0,020	0,984
	Q _{3/4} = 9,75		Q _{3/4} = 9,00			

Também questionamos aos participantes as regiões do corpo mais sensíveis com relação ao despertar do prazer. Na tabela 60 comparamos os homens com as mulheres pré e pós-lesão.

Tabela 60: Áreas de Prazer de Homens e mulheres PRÉ e PÓS-lesão medular.

ÁREAS DE PRAZER ¹	PRÉ-LESÃO MEDULAR						PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Boca	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	15	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	52	348,50	0,524	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	55	487,50	0,647
Pescoço	8,00 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 9,00	16	8,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	53	411,00	0,850	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	55	478,00	0,561
Barriga	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,50	13	6,00 Q _{1/4} = 3,25 Q _{3/4} = 7,75	52	262,00	0,208	4,00 Q _{1/4} = 0,25 Q _{3/4} = 6,75	16	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	54	363,50	0,329
Ânus	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,50	13	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	50	317,50	0,873	0	14	0	54	376,00	0,962
Coxas	5,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 6,00	15	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	52	370,00	0,761	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	16	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	54	424,00	0,896
Pés	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,50	14	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	51	326,50	0,613	0	16	0	54	425,50	0,896
Orelhas	8,00 Q _{1/4} = 6,75 Q _{3/4} = 10,00	14	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	51	282,00	0,226	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	55	366,00	0,047
Nádegas	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	13	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	51	128,00	p<0,001	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,50	17	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	53	363,50	0,178
Perna	5,00 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 6,00	14	4,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 6,00	50	290,00	0,326	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,75	16	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	53	374,00	0,414
Outros	8,00 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 10,00	9	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,25	38	75,00	0,008	5,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,50	14	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,25	46	175,50	0,005

¹Escala *likert* de 0 a 10.

Na tabela 61 comparamos as áreas de prazer declaradas pelas mulheres participantes do estudo no período pré-lesão e pós-lesão.

Tabela 61: Áreas de prazer de Mulheres – PRÉ X PÓS-lesão.

MULHER ÁREAS DE PRAZER¹	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Boca	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	15	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	-2,379	0,017
Pescoço	8,00 Q _{1/4} = 6,25 Q _{3/4} = 9,00	16	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	-2,555	0,011
Barriga	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,50	13	4,00 Q _{1/4} = 0,25 Q _{3/4} = 6,75	16	-2,325	0,020
Ânus	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,50	13	0	14	-1,000	0,317
Coxas	5,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 6,00	15	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	16	-2,374	0,018
Pés	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,50	14	0	16	-1,633	0,102
Orelhas	8,00 Q _{1/4} = 6,75 Q _{3/4} = 10,00	14	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	19	-1,990	0,047
Seios	9,00 Q _{1/4} = 7,75 Q _{3/4} = 10,00	14	10,00 Q _{1/4} = 8,25 Q _{3/4} = 10,00	18	-0,424	0,671
Clitóris	10,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	13	7,50 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,25	18	-2,188	0,029
Nádegas	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	13	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,50	17	-2,616	0,009
Perna	5,00 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 6,00	14	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,75	16	-1,535	0,125
Outros	8,00 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 10,00	9	5,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,50	14	-1,414	0,157

¹Escala *likert* de 0 a 10.

Na tabela 62 comparamos as áreas de prazer declaradas pelos homens participantes do estudo no período pré-lesão e pós-lesão.

Tabela 62: Áreas de prazer de Homens – PRÉ X PÓS-lesão.

HOMEM ÁREAS DE PRAZER¹	PRÉ-LESÃO MEDULAR	n	PÓS-LESÃO MEDULAR	n	Teste Wilcoxon	p
Boca	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	52	9,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 10,00	55	-2,501	0,012
Pescoço	8,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 10,00	53	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	55	-2,444	0,015
Barriga	6,00 Q _{1/4} = 3,25 Q _{3/4} = 7,75	52	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	54	-4,388	<0,001
Ânus	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	50	0	54	-1,652	0,099
Coxas	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	52	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	54	-5,273	<0,001
Pés	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	51	0	54	-4,166	<0,001
Orelhas	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	51	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	55	-2,167	0,030
Peito	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	52	6,50 Q _{1/4} = 4,75 Q _{3/4} = 9,00	54	-1,211	0,226
Pênis	10,00 Q _{1/4} = 9,00 Q _{3/4} = 10,00	54	7,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 9,50	53	-5,035	<0,001
Testículos	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	50	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	53	-4,652	<0,001
Nádegas	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	51	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,00	53	-2,068	0,039
Perna	4,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 6,00	50	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	53	-4,421	<0,001
Outros	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,25	38	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,25	46	-1,740	0,082

¹Escala *likert* de 0 a 10.

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – e também por período – pré-lesão / pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 63 vemos as correlações para a variável “Excitação Sexual” de homens antes da lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 63: Correlações¹ de Excitação Sexual em Homens PRÉ-lesão.

	Excitação sexual	
<i>Prática</i>	AMOR importante	0,268*
	Realizava BEIJO	0,438**
	Realizava ABRAÇO	0,429**
<i>Orientação</i>	Parceiro Gostava de receber BEIJO	0,432**
	Parceiro Gostava de receber ABRAÇO	0,450**
	Parceiro Gostava de receber SEXO ORAL	0,293*
	Parceiro gostava de receber PENETRAÇÃO	0,290*
	Parceiro gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,326*
	Desejo sexual	0,675**
	Gostava de receber BEIJO	0,363**
	Gostava de receber ABRAÇO	0,308*
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,345*
	Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,406**
	Prazer BOCA	0,429**
<i>Satisfação</i>	Prazer nas COXAS	0,274*
	Prazer no PÊNIS	0,398**
	Satisfação sexual	0,487**
<i>Resposta</i>	Ereção espontânea	0,502**
	Tempo de ereção	0,448**
	Ejaculação	0,509**
	Frequência do orgasmo	0,615**
	Intensidade do orgasmo	0,607**

¹Teste de Spearman

* correlação significante (0,05)

** correlação significante (0,01)

Mais correlações foram encontradas com relação à duas variáveis da resposta sexual masculina: ereção espontânea e ejaculação.

Os achados do período pré-lesão estão apresentados na tabela 64 e 65.

Tabela 64: Correlações¹ para Ereção em Homens PRÉ-lesão.

		Ereção espontânea
<i>Prática</i>	Realizava ABRAÇO	0,293*
	Parceiro gostava de receber BEIJO	0,280*
	Parceiro gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,325*
	Desejo sexual	0,330*
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,317*
<i>Orientação</i>	Prazer na BOCA	0,353*
	Prazer no PESCOÇO	0,289*
	Prazer na BARRIGA	0,372**
	Prazer nas COXAS	0,534**
	Prazer nos TESTÍCULOS	0,282*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,410**
	Excitação sexual	0,502**
	Tempo de ereção	0,447**
<i>Resposta</i>	Ejacular	0,447**
	Frequência do orgasmo	0,507**
	Intensidade do orgasmo	0,441**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 65: Correlações¹ de Ejaculação Sexual em Homens PRÉ-lesão.

		Ejaculação
<i>Prática</i>	Frequência de atividade física	-0,292*
	Sexo importante	0,396**
	Amor importante	0,489**
	Realizava BEIJO	0,279*
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,277*
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber PENETRAÇÃO	0,310*
	Parceiro gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,399**
	Parceiro gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,311*
	Desejo sexual	0,507**
	Gostava de receber BEIJOS	0,337*
	Gostava de receber VIBRADOR	-0,373*
	Prazer na BARRIGA	0,360**
	Prazer nas COXAS	0,450**
Prazer no PÊNIS	0,462**	
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,509**
	Ereção espontânea	0,447**
	Frequência do orgasmo	0,816**
	Intensidade do orgasmo	0,558**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Na tabela 66 temos as correlações encontradas para os homens no período pós-lesão medular referente à variável “Excitação Sexual”. Nas tabelas que seguem, tabela 67 e 68, temos as correlações referentes à “Ereção espontânea” e “Ejaculação”, também referentes ao período pós-lesão medular.

Tabela 66: Correlações¹ de Excitação Sexual em Homens PÓS-lesão.

	Excitação sexual	
	Tempo de Lesão medular	0,255**
	Tempo de vida sexual ativa	0,315**
	Nº de parceiros sexuais	0,474**
<i>Prática</i>	Realiza BEIJO	0,277*
	Realiza SEXO ORAL	0,574**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,548**
	Realiza TOQUES ÍNTIMOS	0,453**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,539**
	Frequência sexual	0,259**
	Parceiro gosta de receber ABRAÇO	0,308*
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,489**
Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,685**	
Parceiro gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,421**	
Parceiro gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,444**	
Parceiro gosta de receber SEXO ANAL	0,340*	
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,555**
	Gosta de receber ABRAÇO	0,280*
	Gosta de receber SEXO ORAL	0,417**
	Gosta de receber VIBRADOR	0,343*
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,591**
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,563**
	Gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,573**
	Prazer BOCA	0,383**
	Prazer no PESCOÇO	0,267*
	Prazer nos PÉS	0,370**
Prazer no PÊNIS	0,456**	
Prazer nos TESTÍCULOS	0,313*	
Prazer na PERNA	0,275*	
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,587**
<i>Resposta</i>	Ereção espontânea	0,314*
	Tempo de ereção	0,312*
	Frequência do orgasmo	0,412**
	Intensidade do orgasmo	0,426**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,324*
	Adaptação sexual	0,378**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 67: Correlações¹ para Ereção em Homens PÓS-lesão.

		Ereção Espontânea
<i>Prática</i>	Realiza PENETRAÇÃO	0,336*
	Frequência sexual	0,495**
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber PENETRAÇÃO	0,339*
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,347*
	Gosta de receber SEXO ANAL	0,285*
	Prazer no PÊNIS	0,417**
	Prazer nos TESTÍCULOS	0,379**
	Prazer nas PERNAS	0,273*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,297*
	Excitação sexual	0,314*
<i>Resposta</i>	Tempo de ereção	0,502**
	Ejaculação	0,402**
	Frequência do orgasmo	0,408**
	Intensidade do orgasmo	0,416**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,401**
	Ajuste sexual PSICO	0,341*
	Adaptação sexual	0,308*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 68: Correlações¹ de Ejaculação Sexual em Homens PÓS-lesão.

		Ejaculação
<i>Prática</i>	Frequência sexual	0,323*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,432**
<i>Resposta</i>	Ereção espontânea	0,402**
	Frequência do orgasmo	0,549**
	Intensidade do orgasmo	0,459**
	Orientação sexual X Qualidade de vida	-0,283*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,339*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações - Mulheres

Na tabela 69 temos as correlações encontradas para os mulheres no período pré-lesão medular referente à variável “Excitação Sexual”. Na tabela que segue, tabela 70, temos as correlações referentes à “Lubrificação vaginal”, também pré-lesão medular.

Tabela 69: Correlações¹ para Excitação Sexual em Mulheres PRÉ-lesão.

		Excitação sexual
<i>Prática</i>	Nº de parceiros sexuais	0,593*
	Realizava BEIJO	0,636**
	Realizava ABRAÇO	0,635**
	Realizava SEXO ORAL	0,785**
	Realizava PENETRAÇÃO	0,674**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,582*
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,561*
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,830**
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,672**
<i>Resposta</i>	Lubrificação vaginal	0,844**
	Tempo de lubrificação vaginal	0,610*
	Frequência do orgasmo	0,817**
	Intensidade do orgasmo	0,695**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 70: Correlações¹ de Lubrificação vaginal em Mulheres PRÉ-lesão.

		Lubrificação Vaginal
<i>Prática</i>	Realizava BEIJO	0,766**
	Realizava ABRAÇO	0,766**
	Realizava SEXO ORAL	0,611*
	Realizava PENETRAÇÃO	0,841**
	Realizava TOQUES ÍNTIMOS	0,848**
	Realizava ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,804**
	Frequência sexual	0,804**
<i>Orientação</i>	Parceiro gostava de receber BEIJO	0,684*
	Parceiro gostava de receber ABRAÇO	0,643*
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,688*
	Parceiro gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,671*
	Gostava de receber BEIJOS	0,673*
	Gostava de receber ABRAÇOS	0,658*
	Gostava de receber PENETRAÇÃO	0,666*
	Gostava de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,718*
	Gostava de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,642*
	Sentia prazer no CLITÓRIS	0,630*
<i>Resposta</i>	Satisfação sexual	0,864**
	Excitação sexual	0,844**
	Tempo de lubrificação vaginal	0,658*
	Frequência do orgasmo	0,624*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Nas tabelas 71 e 72, temos respectivamente, as correlações referentes à “Excitação Sexual” e “Lubrificação vaginal” após a lesão medular.

Tabela 71: Correlações¹ para Excitação Sexual em Mulheres PÓS-lesão.

		Excitação sexual
	Termos de sexualidade	0,664**
	SEXO importante	0,789**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,479**
	Realiza SEXO ORAL	0,661**
	Realiza PENETRAÇÃO	0,662**
	Realiza ESTIMULAÇÃO MANUAL	0,516*
	Frequência sexual	0,643**
	Parceiro gostava de receber SEXO ORAL	0,557*
<i>Orientação</i>	Prazer BOCA	0,609**
	Prazer no PESCOÇO	0,514*
	Prazer nas ORELHAS	0,715**
	Desejo sexual	0,856**
	Gosta de receber PENETRAÇÃO	0,498*
	Gosta de receber TOQUES ÍNTIMOS	0,607*
<i>Satisfação</i>	Satisfação sexual	0,623**
<i>Resposta</i>	Tempo de lubrificação vaginal	0,619**
	Intensidade do orgasmo	0,487*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,624**
	Ajuste sexual PSICO	0,563*
	Adaptação sexual	0,680**

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Tabela 72: Correlações¹ de Lubrificação vaginal em Mulheres PÓS-lesão.

		Lubrificação Vaginal
	Termos de sexualidade	0,554*
	Sexo importante	0,522*
<i>Prática</i>	Frequência sexual	0,554*
<i>Resposta</i>	Tempo de lubrificação vaginal	0,890*
<i>Orientação</i>	Prazer no CLITÓRIS	0,508*
	Nível de aconselhamento sexual	0,547*

¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.12. Discussão

Questionamos a resposta sexual de homens e mulheres primeiramente de forma específica. Nas mulheres questionamos sobre Lubrificação vaginal, e nos homens sobre ereção e ejaculação.

Pré-lesão medular 58,3% (n=07) das 12 mulheres participantes declarou que tinha muito frequentemente ou sempre lubrificação vaginal antes do ato sexual. Pós-lesão medular 52,9% (n=09) das 17 mulheres participantes disse ter muito frequentemente ou sempre lubrificação vaginal. Podemos perceber que houve uma pequena diminuição na porcentagem de mulheres pós-lesão declarando ter lubrificação vaginal muito frequentemente ou sempre antes do ato sexual. Com relação ao tempo de lubrificação vaginal, 46,2% (n=06) das 13 mulheres participantes declararam que tinham lubrificação vaginal antes do ato sexual por muito tempo. Já pós-lesão 35,3% (n=06) das 17 mulheres participantes declararam ter lubrificação vaginal antes do ato sexual por muito tempo. Novamente percebemos que houve diminuição das mulheres com muito tempo de lubrificação vaginal após a lesão medular.

Na tabela 56 comparamos as mulheres de nosso estudo nos dois períodos: pré e pós-lesão. Percebemos que o nível de lubrificação vaginal diminuiu após a lesão medular, porém sem diferença significativa. O tempo de lubrificação vaginal manteve-se inalterado e o uso de lubrificação vaginal artificial, mesmo com diminuição da lubrificação espontânea, continuou ausente pelas mulheres. No estudo de Fischer et al (2002) com relação a **lubrificação** vaginal os autores encontraram 95% das mulheres relatando ter lubrificação vaginal antes da lesão medular, contra 60% após a lesão.

Pré-lesão, 83,6% (n=46) dos 55 homens declarou ter ereção sempre ou muitas vezes antes do ato sexual. Pós-lesão esse número caiu para 28,6% (n=16) dos 56 homens participantes. O tempo de suas ereções era muito grande para 70,8% (n=39) dos 55 homens pré-lesão. Após a lesão o tempo das ereções foi muito grande para apenas 21,4% (n=12) dos 56 homens. Em relação à frequência da ejaculação pré-lesão, 50 homens (90,8%) dos 55 participantes declararam que conseguiam ejacular sempre ou muitas vezes. Após a lesão esse número caiu drasticamente: 4 homens (7,2%) dos 56 participantes declararam ter ejaculações sempre ou muitas vezes.

Na tabela 57 comparamos os homens pré e pós-lesão medular. As quatro variáveis estudadas – Ereção, Tempo de Ereção, Ereção artificial e Ejaculação – sofreram modificação pela lesão medular. O nível de ereção, o tempo de ereção e o nível de ejaculação diminuíram

significativamente após a lesão medular ($p < 0,001$ para as 3 variáveis). O uso de artifícios para manutenção ou aquisição da ereção peniana sofreu aumento significativo após a lesão medular ($p < 0,001$). No estudo de Berkman, Weissman e Frielich (1978) a maioria (70%) dos 145 homens com lesão medular tinha ereção após a lesão medular, porém menos de um terço se envolviam em intercursos sexuais.

Slot et al. (1990) citado por Kellett (1990) relataram que dos 38 homens participantes de seu estudo, 36 (94,7%) tinham ereções (65,8% delas suficientes para o sexo) e 17 (44,7%) ejaculavam. Segundo os autores, apesar de bons, estes resultados se alinham aos de outros estudos, exceto pelo alto valor dado à ejaculação, assim como em nossa pesquisa, que é usualmente presente em apenas 10% dos casos. Phelps et al (2001), em estudo com 50 homens com lesão medular ao questionarem sobre a “Função erétil” após a lesão, 28% deles relatam não ter ereção; 52% ereção parcial; 20% ereção plena. Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) encontraram 6 homens (8%) relatando não haver mudança na habilidade de conseguir e manter a ereção suficiente para a relação sexual. No estudo de Fischer et al (2002) com relação a ereção quando comparado os valores pré e pós lesão medular, houve decréscimo: presença de ereção pré-lesão 95%, pós-lesão, 58%. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993), dos 16 homens com lesão medular 38% relataram habilidade de ter orgasmo acompanhado de ejaculação após a lesão.

No estudo de Sjögren e Egberg (1983) dos os 21 homens participantes nenhum deles sofreu problemas ejaculatórios (prematurados ou retardatários) antes da lesão. Após a lesão, 14 sujeitos (66,7%) não conseguiam ejacular. No estudo de Phelps et al (1983), ao responderem a questão sobre ejaculação dos 50 homens participantes, 20% relataram ter atingido a ejaculação com o intercurso pelo menos uma vez, 54% nunca ejacularam com o intercurso, 22% disseram nunca ter tentado e 4% não responderam a questão.

Os autores Szasz e Carpenter (1989) listaram as reações que antecedem à ejaculação masculina: espasmos rítmicos no abdômen e nas pernas, baixas e depois elevadas frequências de cardíacas, elevação da pressão arterial e, finalizadas essas experiências, relaxamento, cansaço, e um sentimento geral de bem-estar. Segundo os autores, essas sensações ocorrem entre 30 segundos e 3 minutos.

Além das questões específicas para homens e mulheres questionamos os participantes em relação ao orgasmo e à excitação sexual.

Com relação à excitação sexual, pré-lesão, 92,5% ($n=99$) dos 107 homens participantes declararam que sua excitação sexual era muita alta. Pós-lesão, o número de

homens declarando que sua excitação sexual era muito alta caiu para 58,8% (n=63). Entre as mulheres, pré-lesão, 60,7% (n=17) das 28 mulheres participantes, declararam que sua excitação sexual era muita alta. Pós-lesão esse número aumentou: 71,2% (n=22) das 31 mulheres participantes declararam que sua excitação sexual era muito alta. No estudo de Fischer et al (2002) a excitação sexual foi marcada pelos participantes com respostas positivas mais baixas no pós-lesão (35%) comparando-se com pré-lesão (92%). Além disso, 12 meses depois da lesão, houve nova queda: 48%. Nos 18 meses houve um aumento: 58% dos participantes relatando sentirem excitados novamente. De qualquer forma os autores relembram que todos os valores foram menores quando comparados com os valores pré lesão. No estudo de Phelps et al (1983), dos 50 homens participantes, 72% relataram excitação sexual com estimulação genital e 62% descreveram outros tipos de sensação com estimulação genital, tais como “sensação mental de prazer, arrepios, formigamento e/ou espasmo”.

Em relação ao orgasmo dos participantes, 88,9% (n=48) dos 54 homens participantes e 38,5% (n=05) das 13 mulheres participantes, declararam que conseguiam chegar muito ou sempre ao orgasmo antes da lesão medular. Após a lesão o número de mulheres declarando que conseguiam chegar muito ou sempre ao orgasmo caiu para 23,5% (n=04 de 17 participantes). Entre os homens a queda foi ainda maior: após a lesão somente 12,6% (n=07) dos 56 homens participantes declararam que conseguia alcançar o orgasmo sempre ou muitas vezes. No estudo de Sipski e Alexander (1993), nas mulheres de sua pesquisa (do tipo auto-relato), aproximadamente 50% mantiveram a capacidade orgástica após a lesão medular. No estudo de Jackson e Wadley (1999) das 472 mulheres questionadas sobre seu orgasmo, 79,1% relataram experimentar o orgasmo antes da lesão medular e 37,3% relataram experimentar o orgasmo após a lesão medular. Segundo os autores, a sensação de orgasmo diferiu pela duração, nível e tipo de lesão. Das 315 mulheres com vida sexual ativa após a lesão medular, 54,2% relataram experimentar o orgasmo. Deste grupo, 71% relataram experimentar prazer acima do nível da lesão durante o ato sexual, e desse mesmo grupo, 29,6% relataram prazer extra-genital mas não orgasmo, e 41,4% relataram ambos (prazer extra-vaginal e orgasmo). Em adição, 12,8% das mulheres com vida sexual ativa reportaram orgasmo sem sensações de prazer extra-genital. Finalmente, 16,2% das mulheres com vida sexual ativa relatam não sentir nenhum dos dois.

Phelps et al (2001), em estudo com 50 homens com lesão medular ao questionarem sobre a “capacidade de terem orgasmo” após a lesão, 8% dos homens disseram que era o mesmo de antes da lesão. No estudo de Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996) com 75 pessoas

com lesão medular (64 homens e 11 mulheres) encontraram 67% dos participantes relatando que raramente ou nunca tiveram orgasmo após a lesão medular.

No estudo de Fischer et al (2002) quando os 40 (32 homens e 8 mulheres) participantes foram entrevistados ainda internados no hospital, eles tiveram percepções irreais sobre a capacidade de obter orgasmo: 90% deles revelaram não haver diferenças na capacidade de conseguir o orgasmo, sendo que 18% dos participantes tinham atividade sexual no mesmo período. No estudo mesmo estudo orgasmo mostrou-se mais baixo pós-lesão (58%) do que pré-lesão (97%); e consistentemente em níveis mais baixos nos 12 meses: 60%. Nos 18 meses houve um pequeno aumento: 63% dos participantes relataram conseguir o orgasmo. De qualquer forma os autores relembram que todos os valores foram menores quando comparados com os valores pré lesão. No estudo de Sjögren e Egberg (1983) dos 21 homens participantes, pré-lesão, nenhum tinha problemas para alcançar o orgasmo (conforme relatado pelos próprios sujeitos). Já após a lesão, pouco menos da metade experimentou o orgasmo. Todos comentaram que o orgasmo agora era uma experiência puramente emocional – sem envolvimento físico. No estudo de Phelps et al (1983), dos 50 participantes, apenas 42% dos sujeitos relataram ter alcançado um orgasmo após a lesão, e destes, a maioria, 62%, relatou que o orgasmo era “mais fraco” que antes da lesão; 10% relataram que era “mais forte” e 19% relataram que era “diferente, mas não melhor ou pior”. No estudo de Siosteen et al (1990) com 73 pessoas com lesão medular, cerca de metade experimentou orgasmo.

A intensidade do orgasmo de 84,4% (n=86) dos 102 homens participantes de nosso estudo e 54,6% (n=12) das 22 mulheres participantes era forte antes da lesão medular. Já pós-lesão há diminuição para ambos, homens e mulheres: 33,3% (n=34) dos 102 homens participantes e 40% (n=10) das 25 mulheres, declararam que seu orgasmo era muito forte após a lesão medular.

Comparamos os homens e as mulheres de nosso estudo em relação às variáveis de excitação e orgasmo. Pré-lesão medular (tabela 58), a “frequência do orgasmo”, a “intensidade do orgasmo” e o “nível de excitação” foram significativamente maiores nos homens ($p < 0,001$ para as 3 variáveis). Já no período pós-lesão os níveis das 3 variáveis pouco modificaram-se entre os dois grupos. Vale destacar que embora sem significância estatística, a “frequência do orgasmo” e também o “nível de excitação sexual” após a lesão medular foram maiores para as mulheres do que para os homens.

Ao compararmos as mesmas variáveis – “frequência do orgasmo”, “intensidade do orgasmo” e “nível de excitação” – nos homens, pré e pós-lesão, vimos que as 3 variáveis apresentaram diminuição estatisticamente significativa após a lesão medular ($p < 0,001$ para todas). Entre as mulheres vimos que a “frequência do orgasmo” e a “intensidade do orgasmo” apresentaram diminuição após a lesão, porém sem significância estatística. A excitação sexual não sofreu alteração após a lesão medular nas mulheres (tabela 59). No estudo de Ferreiro-Velasco et al (2005), os autores também descobriram uma queda significativa na capacidade de atingir o orgasmo ($p = 0,008$), após a lesão.

Também questionamos aos participantes as regiões do corpo mais sensíveis com relação ao despertar do prazer. Na tabela 60 comparamos os homens com as mulheres pré e pós-lesão. Pré-lesão, das 9 áreas citadas pelos participantes, somente a região das “nádegas” apresentou diferença estatisticamente significativa sendo mais prazerosa para as mulheres do que para os homens. Isso pode nos fazer pensar o quanto está arraigada na cultura do homem brasileiro a vinculação de prazer nas “nádegas” como estereótipo de homossexualismo. No período pós-lesão das 9 áreas citadas pelos participantes, as “orelhas” apresentaram diferenças estatisticamente significativas também como sendo mais prazerosas para as mulheres do que para os homens. Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), em estudo com 75 pessoas com lesão medular (64 homens e 11 mulheres), encontraram apenas duas pessoas relatando que a sensação genital permaneceu totalmente inalterada após a lesão. No estudo de Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996) muitos homens relataram que a estimulação de áreas com preservação de sensibilidade combinado com a percepção de prazer e excitação do parceiro, davam a eles sentimentos de excitação similares a um orgasmo. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) as regiões “boca e lábios”, “pescoço e ombro”, e “orelhas” foram eleitos pela maioria dos homens (áreas do corpo sensíveis sexualmente). Os autores relatam surpresa, pois uma grande porcentagem da amostra relatou que seu pênis e testículos são áreas de “excitação”, apesar do fato de eles terem lesões completas e não haver sensibilidade na região genital. Isso talvez nos demonstre a centralização genital do sexo para os homens, ou seja, mesmo sem sensibilidade na região peniana e testicular, ela continua sendo uma região erótica, nem que seja visualmente excitante. Isso não foi modificado pela perda da sensibilidade provocada pela lesão medular.

Ao compararmos as áreas de prazer citadas pelos participantes antes da lesão medular, e as citadas depois da lesão medular, percebemos muitas diferenças. Entre as mulheres, das 11 áreas citadas, 7 apresentaram mudanças pré e pós-lesão. As regiões “Boca”, “Pescoço” e

“Orelhas” apresentaram aumento de prazer significativo após a lesão medular. Já as regiões “Barriga”, “Coxas”, “Clitóris” e “Nádegas” apresentaram diminuição significativa de prazer após a lesão medular (tabela 61). No estudo de Sipski, Alexander e Rosen (1995) as mulheres foram questionadas sobre como se estimulavam ao orgasmo, onde e como sentiram seus orgasmos e que sentimentos foram associados com seus orgasmos. Todas as mulheres independente do nível e do tipo de lesão, realizaram algum tipo de estimulação genital e a maioria delas preferiu optar pelo clitóris. Não foi possível fazer alguma relação do local que cada uma sentiu o seu orgasmo.

Entre os homens, das 12 áreas citadas, 10 apresentaram mudanças pré e pós-lesão medular. As regiões “Boca”, “Pescoço” e “Orelhas” sofreram aumento de prazer após a lesão medular. As regiões “Barriga”, “Coxas”, “Pés”, “Pênis”, “Testículos”, “Nádegas” e “Perna” apresentaram diminuição significativa de prazer após a lesão medular (tabela 62).

Encontramos diversas correlações com as variáveis de “resposta sexual” de nosso estudo. Em relação às correlações encontradas para a excitação sexual dos homens pré-lesão (tabelas 63 e 66), destacamos a “importância dada ao amor” que após a lesão não apresenta correlação com a excitação sexual. Além disso, pré-lesão apenas duas variáveis da prática sexual apresentaram correlação com a excitação – realizava “beijos” e “abraços” – ou seja, os homens que mais realizavam as duas atividades mais tinham excitação sexual. Após a lesão medular 8 variáveis da prática sexual apresentaram correlação com a excitação sexual. Isso talvez nos demonstre uma supervalorização dada aos homens ao que se faz no sexo após a lesão medular. Talvez como forma de superação, os homens que acreditam ter mais práticas também se considerem mais excitados sexualmente.

Em relação às variáveis de resposta sexual, todas as apresentadas nesse estudo – “ereção espontânea”, “tempo de ereção”, “ejaculação”, “frequência do orgasmo” e “intensidade do orgasmo” – apresentaram correlação com a excitação sexual antes da lesão medular. Após, a única variável que não apresentou correlação foi a “ejaculação” talvez por que ela seja um dos componentes mais afetados após a lesão medular.

As variáveis “ajuste sexual físico” e “adaptação sexual” também apresentaram correlação com a excitação sexual, demonstrando que os homens com maiores níveis de excitação foram os mais ajustados e adaptados sexualmente após a lesão medular.

Em relação às correlações para a variável “ereção espontânea” (tabelas 64 e 67), destacamos que pré-lesão a prática sexual correlacionada foi “realizava abraço”. Já após a lesão a prática correlacionada foi a “realiza penetração”, novamente reforçando nossa

supervalorização dada aos genitais pelo homem, em especial, após a lesão medular. Talvez isso ocorra como forma de auto-afirmação de sua virilidade. Em relação as variáveis de orientação sexual, algo muito interessante aconteceu. Pré-lesão as áreas de prazer correlacionadas à ereção espontânea foram: boca, pescoço, barriga, coxas e testículos. Pós-lesão apenas pênis, testículos e pernas. Ou seja, novamente a supervalorização genital e com ênfase nas pernas, membros muito simbólicos para as pessoas com lesão medular, pois elas representam a lesão, a falta de movimentação das mesmas é que os coloca em situação de “cadeirantes”. Já as variáveis de resposta sexual não modificaram pré e pós-lesão: todas elas apresentaram correlação com a ereção dos participantes. As variáveis de ajuste sexual físico, psicológico e adaptação sexual também apresentaram correlação com a ereção espontânea do sujeito. Os homens com mais ereção eram os mais ajustados sexualmente. Talvez eles se considerassem mais ajustados sexualmente por estarem com algum grau de ereção, o que os aproximaria mais de sua situação pré-lesão.

Em relação às variáveis correlacionadas à ejaculação (tabelas 65 e 68), destacamos que pré-lesão diversas foram as variáveis correlacionadas. Já pós-lesão, somente 7 variáveis correlacionaram-se à ejaculação: “frequência sexual”, “satisfação sexual”, “ereção espontânea”, “frequência do orgasmo”, “intensidade do orgasmo”, “ajuste sexual físico” e o quanto os participantes acreditavam que a orientação sexual poderia melhorar sua qualidade de vida sexual, sendo que essa última foi uma correlação negativa, ou seja, os que mais apresentavam ejaculação eram os que menos acreditavam nos benefícios do aconselhamento sexual, talvez por acreditarem estar “reabilitados” já que tinham até mesmo ejaculação, bastante rara entre a população do estudo.

Em nosso estudo o “tempo de ereção” não apresentou correlação com a ejaculação, já no estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) O tempo de ereção está correlacionado significativamente com a habilidade de ejaculação. Além disso, habilidades para conseguir um orgasmo e ejaculação estão correlacionados significativamente – da mesma forma que encontramos.

Os resultados das correlações para excitação sexual das mulheres pré e pós-lesão foram apresentados nas tabelas 69 e 71. Para as mulheres, pós-lesão medular, as variáveis “termos de sexualidade” e “importância do sexo”, correlacionaram-se com a excitação sexual, ou seja, as mulheres mais liberais sexualmente e as que davam maior importância ao sexo foram as que tiveram maiores níveis de excitação sexual. Essas correlações não apareceram pré-lesão medular. A frequência sexual apresentou correlação com a excitação sexual

feminina somente após a lesão medular. Talvez as mulheres passassem a valorizar mais a quantidade sexual após a lesão medular. Interessante é que pré-lesão o “nº. de parceiros sexuais” correlacionou-se com a excitação sexual, porém pós-lesão isso não ocorreu.

Enquanto pré-lesão todas as variáveis de resposta sexual (lubrificação vaginal, tempo de lubrificação vaginal, frequência do orgasmo e intensidade do orgasmo) correlacionaram-se com a excitação sexual das mulheres, após a lesão somente o “tempo de lubrificação vaginal” e a “intensidade do orgasmo” mantiveram-se correlacionadas. Talvez para as mulheres, em relação ao orgasmo, mais importante do que a quantidade deles, seria a qualidade dele após a lesão. Por fim, as variáveis “ajuste sexual físico”, “ajuste sexual psicológico” e “adaptação sexual” apresentaram correlação com a excitação sexual feminina, ou seja, as mulheres com maiores níveis de excitação eram as mais ajustadas e adaptadas sexualmente.

Em relação às variáveis que se correlacionaram com a “lubrificação vaginal” das mulheres (tabelas 70 e 72), destacamos que da mesma forma que ocorreu com a “ereção espontânea” nos homens, diversas foram as variáveis correlacionadas pré-lesão. Já pós-lesão, somente 6 variáveis correlacionaram-se à lubrificação vaginal: “termos de sexualidade”, “importância do sexo”, “frequência sexual”, “tempo de lubrificação vaginal”, “prazer no clitóris” e “nível de aconselhamento sexual”. O que percebemos é que as mulheres que eram mais liberais sexualmente e que davam maior importância ao sexo, tiveram maiores níveis de lubrificação, talvez por se importarem mais com ela, ou até mesmo por perceberem melhor suas respostas sexuais, já que o sexo é importante para elas. O mesmo se aplica à frequência sexual, por darem mais importância ao sexo, faziam mais sexo e percebiam mais sua lubrificação. Interessante a presença somente da área de prazer “clitóris” correlacionada à lubrificação vaginal. Talvez as mulheres que saibam de sua sensibilidade clitoriana, sejam as que mais se exploram e por isso, por maior auto-conhecimento, também sejam as que mais percebam a resposta sexual da lubrificação. Por fim, percebemos que as mulheres que receberam maior aconselhamento sexual foram as que tiveram maior lubrificação vaginal. Entre as mulheres o aconselhamento sexual mostrou um bom resultado, sendo portanto, um bom ponto de partida para o processo de reabilitação.

Ao final desse capítulo percebemos a grande alteração causada pela lesão medular sobre a resposta sexual feminina e masculina. Entre as mulheres embora a lubrificação e o tempo de lubrificação tenham diminuído com a lesão, elas não aderiram ao uso de lubrificantes vaginais. Entre os homens vimos que a lesão também fez com que a ereção e o tempo de ereção diminuíssem, porém eles incrementaram o uso de artifícios para alcance e

manutenção da ereção. Percebemos com isso algo que a literatura por vários anos afirma: a centralização da sexualidade dos homens no pênis, enquanto nas mulheres o mesmo não ocorre com a vagina. Em pessoas com lesão medular, isso precisa ser trabalhado, afinal a exploração de áreas sensíveis, além da peniana, pode ser o meio necessário para se conseguir o orgasmo ou uma sensação muito semelhante a ele.

Vimos também entre os homens que tanto o orgasmo, quanto a intensidade do orgasmo e ainda a excitação sexual, diminuíram significativamente após a lesão. Entre as mulheres o orgasmo não era tão comum pré-lesão e acabou diminuindo mais após a lesão. Já a excitação sexual aumentou após a lesão. Isso pode ter ocorrido por que a excitação sexual, psicogênica independe da lesão, mas depende dos pensamentos e fantasias da mulher, que não sofreram restrições com a lesão medular. Com isso, percebemos que tanto para homens, quanto para mulheres o trabalho das fantasias é muito importante. Através dele a excitação pode ser conseguida assim como a ereção e a lubrificação, e se essas duas, não forem suficientes para a prática sexual, os participantes se sentirão mais estimulados à procurarem auxílio para as disfunções. Trabalhar as áreas que os próprios participantes declararam aumento de prazer (em nosso estudo, todas elas foram acima da lesão) é um ponto chave para a descoberta de sensações orgásticas. Além disso, trabalhar na população masculina a descentralização peniana no sexo pode ser difícil, porém muito enriquecedor para o relacionamento sexual, pois qualquer perda de ereção acabará não gerando tanto desequilíbrio psicológico e tanta frustração. Quando se entra no sexo com mais a oferecer do que simplesmente penetração, as opções para uma resposta positiva são muito maiores.

Objetivo 7 – Verificar o nível do aconselhamento sexual recebido por homens e mulheres pós-lesão medular

4.13. Resultados

Questionamos os participantes do estudo em relação ao Aconselhamento Sexual recebido por eles e por seus parceiros após a lesão medular.

Entre os homens, 29,8% (n=17) declararam não ter recebido nenhum aconselhamento sexual após a lesão medular; 28,1% (n=16) declararam ter recebido pouco aconselhamento sexual; 26,3% (n=15) médio aconselhamento, e somente 15,8% (n=9) um grande aconselhamento sexual.

Entre as mulheres, 28,6% (n=6) também não recebeu nenhum aconselhamento sexual após a lesão medular; 19,1% (n=4) recebeu pouco aconselhamento; 14,3% (n=8) recebeu médio aconselhamento, e 38,2% (n=8) recebeu grande aconselhamento sexual.

Ao serem questionados se, caso não tivessem recebido aconselhamento sexual aceitariam recebê-lo, 90,4% dos homens respondentes (n=85) e 84,6% das mulheres respondentes (n=22) disseram que aceitariam recebê-lo.

Também questionamos sobre o aconselhamento sexual recebido pelos parceiros dos participantes. Vinte e dois homens (40%) não sabiam dizer ou não tinham parceiros sexuais fixos; 29,1% (n=16) não receberam nenhum aconselhamento; 16,4% (n=9) receberam pouco aconselhamento e 14,6% (n=8) receberam de médio a grande aconselhamento sexual. As mulheres declararam que 20% (n=4) não receberam nenhum aconselhamento sexual; 40% (n=8) receberam de pouco a médio aconselhamento e somente 10% (n=2) receberam grande aconselhamento sexual após a lesão medular. Trinta por cento das mulheres (n=6) não sabia dizer se o parceiro havia recebido aconselhamento sexual ou não tinha parceiro sexual fixo.

Ao serem questionados se acreditavam que o aconselhamento sexual poderia melhorar a qualidade de suas vidas sexuais, 55,6% das mulheres (n=10) e 50% dos homens (n=27) acreditavam que poderia melhorar muito.

Na tabela 73, comparamos homens e mulheres pré e pós-lesão. Percebemos que embora nenhuma das variáveis estudadas tenha apresentado diferença estatisticamente significativa, ao compararmos homens e mulheres: as mulheres receberam um maior aconselhamento sexual do que os homens. Da mesma forma, as mulheres declaram níveis maiores de aconselhamento sexual recebidos por seus parceiros do que os homens. Ao questionarmos se acreditavam que o aconselhamento sexual poderia melhorar sua qualidade de vida, as mulheres novamente concordaram mais fortemente do que os homens.

Tabela 73: Aconselhamento sexual PÓS-lesão medular.

	PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Nível do Aconselhamento sexual: Recebido pelo participante (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00		3,00			
	Q _{1/4} = 0,00	21	Q _{1/4} = 0,00	57	475,00	0,157
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 6,00			
Nível do Aconselhamento sexual: Recebido pelo parceiro (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	4,00		1,00			
	Q _{1/4} = 0,00	14	Q _{1/4} = 0,00	33	155,00	0,065
	Q _{3/4} = 6,00		Q _{3/4} = 3,50			
Aconselhamento X Qualidade de vida (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00		6,00			
	Q _{1/4} = 3,75	18	Q _{1/4} = 5,00	56	473,00	0,694
	Q _{3/4} = 8,00		Q _{3/4} = 8,75			

A variável “Aconselhamento Sexual” correlacionou-se com algumas variáveis após a lesão medular. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher.

Correlações – Homens

Na tabela 74 vemos as correlações para o nível de aconselhamento sexual em homens após a lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 74: Correlações¹ para o Aconselhamento sexual em Homens PÓS-lesão.

		Aconselhamento Sexual
<i>Resposta</i>	Tempo de duração da Ereção	0,344**
	Frequência do orgasmo	0,271*
	Intensidade do orgasmo	0,323*
<i>Orientação</i>	Gosta de receber SEXO ANAL	-0,311*
	Adaptação sexual	0,366**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações – Mulheres

Na tabela 75 vemos as correlações para o nível de aconselhamento sexual em mulheres após a lesão medular.

Tabela 75: Correlações¹ para o Aconselhamento sexual em Mulheres PÓS-lesão.

		Aconselhamento Sexual
<i>Resposta</i>	Frequência de atividade física	0,663**
	Tempo de Lesão medular	-0,472*
	Termos de religiosidade	0,504*
	Termos de sexualidade	0,459*
	Lubrificação vaginal	0,547*
	Ajuste sexual FÍSICO	0,471*
	Ajuste sexual PSICOLÓGICO	0,544*
	Adaptação sexual	0,484*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.14. Discussão

Questionamos os participantes do estudo em relação ao Aconselhamento Sexual recebido por eles e por seus parceiros após a lesão medular: 29,8% dos homens (n=17) declararam não ter recebido nenhum aconselhamento sexual após a lesão medular, assim como 28,6% (n=6) das mulheres. Somente 15,8% (n=9) dos homens e 38,2% das mulheres declararam ter recebido um grande aconselhamento sexual. Ao compararmos homens e mulheres pré e pós-lesão, percebemos que embora nenhuma das variáveis estudadas tenha apresentado diferença estatisticamente significativa, as mulheres receberam maior

aconselhamento sexual, declararam níveis maiores de aconselhamento sexual recebidos por seus parceiros e acreditavam mais que o aconselhamento sexual poderia melhorar sua qualidade de vida (tabela 73).

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) dos 38 homens participantes apenas 22% receberam aconselhamento sexual. Valtonen et al (2006), em um estudo realizado na Suécia (dados desde 1982) com 190 sujeitos com idades entre 18 e 75 anos, mostraram que 60% dos homens e 59% das mulheres com lesão medular traumática relataram ter recebido aconselhamento sexual suficiente após a lesão medular. Das 40 mulheres participantes do estudo de Singh e Sharma (2005), apenas 12 (30%) delas relataram ter recebido alguma informação sobre sexo ou assuntos psicossociais durante a reabilitação e o tempo subsequente; 75% das que receberam informação relataram ter sido útil, porém a maioria delas também relatou que as informações eram fragmentadas; nenhuma das mulheres recebeu informação detalhada durante todo o processo de reabilitação. No estudo de Ferreiro-Velasco et al (2005), das 37 mulheres participantes, 77,4% consideravam como sendo insuficiente ou inexistente as informações recebidas de seus médicos sobre as mudanças que a lesão medular iria causar na sua sexualidade. Das 25 mulheres do estudo de Sipski e Alexander (1993), 44% relataram ter recebido informações sobre suas possíveis habilidades sexuais pós-lesão e apenas 28% relataram ter recebido aconselhamento sexual. No estudo de Westgren et al (1997) das 62 mulheres participantes do estudo, apenas 6 (9,7%) haviam recebido informações sobre sexualidade antes da alta hospitalar.

No estudo de Tepper (1992) 458 pessoas com lesão medular foram questionadas sobre o recebimento de serviços de educação e aconselhamento sexuais em programas de reabilitação. Dos respondentes (n = 251), 45% lembraram ter recebido tais serviços. Segundo o autor quando os serviços de educação/aconselhamento sexual foram prestados, os componentes variavam consideravelmente e, na sua maior parte, o tema da sexualidade foi tratado superficialmente. Além disso, houve diferença entre os serviços prestados durante a reabilitação e os serviços desejados pelos pacientes. Para preocupar ainda mais: apenas 48% dos que receberam serviços de aconselhamento sexual relataram que os serviços recebidos satisfizeram suas necessidades (n=53).

Zwerner em 1982 já demonstrava preocupações acerca do aconselhamento sexual de pessoas com lesão medular. O autor realizou uma pesquisa com questionários anônimos sobre a disponibilidade de serviços de aconselhamento sexual e a necessidade deles. Participaram do estudo 68 mulheres com lesão medular por pelo menos 7 anos. Os resultados revelam que menos da metade das participantes recebeu algum tipo de educação ou aconselhamento sexual

pós-lesão. No entanto, 85% acreditavam que o aconselhamento individual ou grupal e “workshops” seriam benéficos para a sua adaptação sexual.

Também questionamos sobre o aconselhamento sexual recebido pelos parceiros dos participantes: 29,1% (n=16) dos homens e 20% (n=4) das mulheres declararam que seus parceiros não receberam nenhum aconselhamento. Somente 14,6% (n=8) dos homens e 10% (n=2) receberam de médio a grande aconselhamento sexual. No estudo de Westgren et al (1997) nenhum dos parceiros das 62 mulheres participantes recebeu informações ou aconselhamento sexual. No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) dos 38 homens participantes apenas 10% relataram que os parceiros receberam aconselhamento sexual médico ou psicológico. Das 25 mulheres do estudo de Sipski e Alexander (1993), somente 20% relataram que seus parceiros receberam aconselhamento sexual.

Ao questionarmos os participantes de nosso estudo se caso não tivessem recebido aconselhamento sexual aceitariam recebê-lo, 90,4% dos homens respondentes (n=85) e 84,6% das mulheres respondentes (n=22) disseram que aceitariam recebê-lo. Ao serem questionados se acreditavam que o aconselhamento sexual poderia melhorar a qualidade de suas vidas sexuais, 55,6% das mulheres de nosso estudo (n=10) e 50% dos homens também de nosso estudo (n=27) acreditavam que poderia melhorar muito.

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) dos 38 homens participantes 51% reivindicaram receber instruções de alguma fonte sobre suas habilidades sexuais pós-lesão, o que demonstrou o grande interesse por esclarecimentos. No estudo de McAlonan (1996) com 12 pessoas com lesão medular, a maioria relatou ter recebido algum tipo de serviço de reabilitação sexual, mas muitos relataram insatisfação com a qualidade e a quantidade de serviços recebidos. A complexa interação de fatores como idade, sexo, gravidade da lesão, tempo desde a lesão, humor, experiência sexual antes da lesão, e estado civil pareciam influenciar as necessidades, preferências, e prontidão dos participantes para receber o serviço de reabilitação sexual.

No estudo de Fisher et al (2002) com 40 pessoas com lesão medular (32 homens e 8 mulheres), os autores encontraram algo interessante: foi percebido que os participantes estavam significativamente mais interessados na informação sexual e em aconselhamento sexual após 6 meses de lesão medular do que durante a internação hospitalar, porém nenhuma diferença foi percebida nos períodos seguintes (6 a 12 meses ou 12 a 18 meses de pós-lesão). Isso nos dá uma bela contribuição sobre o momento mais oportuno para abordar o paciente. Segundo Kellett (1990) o retorno de algumas funções enfatiza a importância de se aconselhar

o(a) paciente e sua (seu) parceira(o) para usufruírem da função sexual. Os pacientes podem estar relutantes em falar sobre o sexo, por isso a iniciativa deve partir do profissional de saúde. O autor ainda sugere alguns temas que deveriam existir no aconselhamento sexual: educação (sobre perspectivas de recuperação e mecanismos sexuais), encorajamento para mudança de atitude (de passividade nos homens e comunicação de necessidades sexuais no relacionamento), e conselhos práticos sobre técnicas e auxílios (incluindo injeções, medicamentos, próteses, lubrificantes, explorações simbólicas, etc).

Entre os homens de nosso estudo algumas variáveis correlacionaram-se com o “aconselhamento sexual” (tabela 74). Das 5 variáveis sobre resposta sexual de nosso estudo, 3 delas correlacionaram-se positivamente com o aconselhamento sexual: “tempo de duração da ereção”, “frequência do orgasmo” e “intensidade do orgasmo”. As 3 variáveis destacadas podem ter influência do aconselhamento recebido, pois o tempo de duração da ereção, pode ter sido modificado/aumentado em virtude da utilização de dispositivos auxiliares (bomba de vácuo, anel peniano) ou medicamentos, aconselhado pelo profissional. Além disso, a percepção sobre o orgasmo dos participantes também pode ter sido trabalhada durante o aconselhamento, por exemplo, com ênfase na manipulação de áreas ainda sensíveis.

Encontramos também uma correlação do aconselhamento sexual com a adaptação sexual dos homens, ou seja, os homens que receberam maior nível de aconselhamento sexual foram os que declararam maiores níveis de adaptação sexual. Esse achado, aliado às modificações na resposta sexual (tempo de ereção e orgasmo) demonstram a grande importância de se enfatizar o aconselhamento sexual do participante.

Entre as mulheres, encontramos algumas correlações (tabela 75). O quanto as participantes se consideravam liberais religiosamente e sexualmente correlacionaram-se com o nível de aconselhamento sexual recebido: quanto mais liberais as mulheres, maior foi o aconselhamento recebido. Talvez isso nos mostre que por serem mais liberais, se interessaram mais pelo assunto da sexualidade e questionaram os profissionais disponíveis. Talvez essa correlação demonstre que o início do aconselhamento depende do próprio paciente, ou melhor, de sua iniciativa em permitir o assunto com o profissional escolhido. Além disso, o “tempo de lesão medular” correlacionou-se negativamente com o nível de aconselhamento sexual das participantes, o que pode nos demonstrar que a prática do aconselhamento é algo mais recente. As mulheres que tiveram a lesão há mais tempo receberam menos aconselhamento do que as que tiveram há menos tempo. Isso pode ter ocorrido por uma

questão histórica – atualmente o aconselhamento sexual é colocado como parte da reabilitação de pessoas com lesão medular como nos hospitais da rede SARAH e também da AACD.

A variável de resposta sexual “lubrificação vaginal” também apresentou correlação positiva com o nível de aconselhamento sexual das participantes. Talvez tenha acontecido o mesmo que explicamos acima entre os homens: o aconselhamento sexual pode ter mudado a percepção de lubrificação vaginal das mulheres, os esclarecimentos feitos pelos profissionais podem ter mostrado às mulheres o quanto ainda havia de resposta sexual remanescente.

Por fim, as variáveis “Ajuste sexual físico”, “Ajuste sexual psicológico” e “Adaptação sexual” também se correlacionaram positivamente com o aconselhamento sexual. Isso nos leva a acreditar que aumentando e melhorando a qualidade do aconselhamento sexual fornecido, seria melhorado o nível de ajuste e de adaptação sexual tanto em homens quanto em mulheres após a lesão medular.

Percebemos nesse capítulo que a quantidade de pessoas com lesão medular atingidas pelo aconselhamento sexual é muito pequena. Vimos também que os parceiros recebem menor atenção ainda. Porém, o interesse da população com lesão medular em receber os aconselhamentos é muito grande, assim como sua certeza de que podem ter uma vida sexual melhor a partir disso. E por nossas correlações vemos que há verdade nessa perspectiva deles: as pessoas que receberam maiores níveis de aconselhamento sexual, também declararam maior nível de ajuste e adaptação sexuais.

Certamente os conteúdos dos aconselhamentos precisam ser revistos, assim como a profundidade dos temas abordados, mas inevitavelmente eles precisam acontecer, e preferencialmente no período pós-internação hospitalar, pois será o período onde o paciente experimentará o sexo novamente e as dúvidas surgirão nesse momento. Siosteen et al (1990) sugerem que a informação sexual e o aconselhamento aconteçam integrados ao cuidado geral do paciente com lesão medular para reduzir os efeitos negativos causados pela lesão sobre a sexualidade. No estudo de Ide e Ogata (1995) os 102 participante indicaram que o fornecimento de informações relativas à sexualidade deve continuar sendo uma grande prioridade para os profissionais da saúde.

Objetivo 8 – Verificar o nível do ajuste sexual de homens e mulheres pós-lesão medular

4.15. Resultados

O nível de ajuste sexual e também de adaptação sexual dos participantes após a lesão medular foi questionado.

Com relação ao ajuste sexual psicológico (auto-estima, estima-sexual, auto-confiança, segurança, etc) a maioria das mulheres, 66,6% (n=14), e também dos homens, 61,5% (n=35) declarou um grande ajuste sexual psicológico.

Com relação ao ajuste sexual físico (capacidade de realizar o que se pretende fisicamente no sexo) houve uma maior distribuição de respostas: 50% (n=10) das mulheres declararam grande ajuste, 30% (n=6) médio ajuste e 20% (n=4) pequeno ajuste. Entre os homens, 40,3% (n=23) declararam grande ajuste, 40,3% (n=23) médio ajuste e 19,4%(n=11) pequeno ajuste.

Com relação à adaptação sexual, 64,5% (n=20) das mulheres acreditaram que conseguiram uma grande adaptação sexual após a lesão medular, em contrapartida, 25,8% (n=8) acreditaram ter conseguido uma pequena adaptação sexual. Entre os homens, 56,9% (n=58) acreditam ter conseguido uma grande adaptação sexual, enquanto 31,4% (n=32) acreditam ter conseguido média adaptação e 11,8% (n=12) pequena adaptação sexual.

Tabela 76: Ajuste e Adaptação sexuais em homens e mulheres PÓS-lesão.

	PÓS-LESÃO MEDULAR					
	Mulher	n	Homem	n	Teste U	p
Nível de Ajuste sexual: Psicológico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 9,00	21	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	57	543,00	0,527
Nível de Ajuste sexual: Físico (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 5,25 Q _{3/4} = 8,75	20	6,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 8,00	57	472,50	0,252
Nível de Adaptação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	31	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,25	102	1559,50	0,908

Na tabela 76 comparamos o nível de ajuste e adaptação sexuais conseguidos por homens e mulheres. Percebemos que as mulheres acreditam ter conseguido maior ajuste sexual do que os homens, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Correlações - Homens

Na tabela 77 vemos as correlações para as variáveis “Ajuste sexual Físico”, “Ajuste sexual Psicológico” e “Adaptação sexual” de homens após a lesão. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 77: Correlações¹ para Ajuste sexual Físico/Psicológico e Adaptação sexual em Homens PÓS-lesão.

		Ajuste sexual FÍSICO
	SEXO importante	0,269*
	Termos de Sexualidade	0,350**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,324*
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,478**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,305*
<i>Prática</i>	Nº. de parceiros sexuais	0,268*
	Frequência sexual	0,369**
		Ajuste sexual PSICOLÓGICO
	SEXO importante	0,298*
	Termos de Sexualidade	0,348**
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,357**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,287*
<i>Prática</i>	Nº. de parceiros sexuais	0,364**
	Frequência sexual	0,347*
		Adaptação sexual
	Tempo de lesão medular	0,342**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,378**
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,460**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,267**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,311*
	Nº. de parceiros sexuais	0,433**
	Frequência sexual	0,354**

¹Teste de Spearmann

* correlação significante (0,05)

** correlação significante (0,01)

Correlações - Mulheres

Na tabela 78 temos as correlações encontradas para os mulheres no período pós-lesão medular referente às variáveis “Ajuste sexual Físico”, “Ajuste sexual Psicológico” e “Adaptação sexual”.

Tabela 78: Correlações¹ para Ajuste sexual Físico/Psicológico e Adaptação sexual em Mulheres PÓS-lesão.

		Ajuste sexual FÍSICO
	Termos de Sexualidade	0,658**
	SEXO importante	0,863**
	Frequência de Atividade Física	0,506*
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,624**
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,799**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,495*
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,508*
	Frequência sexual	0,681**
		Ajuste sexual PSICOLÓGICO
	Termos de Sexualidade	0,530*
	Termos de Religiosidade	0,474*
	SEXO importante	0,623**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,563*
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,758**
		Adaptação sexual
	Grau de escolaridade	0,368*
	Frequência de Atividade Física	0,456*
	Termos de Sexualidade	0,642**
	Termos de Religiosidade	0,565*
	SEXO importante	0,740**
<i>Resposta</i>	Excitação sexual	0,680**
<i>Satisfação</i>	Satisfação Sexual	0,670**
<i>Orientação</i>	Desejo sexual	0,576**
<i>Prática</i>	Tempo de vida sexual ativa	0,608**
	Frequência sexual	0,503**

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.16. Discussão

Com relação ao **ajuste sexual psicológico** de nossos participantes a maioria das mulheres, 66,6% (n=14), e também dos homens, 61,5% (n=35) declarou um grande ajuste

sexual psicológico. Já em relação ao **ajuste sexual físico** (capacidade de realizar o que se pretende fisicamente no sexo) houve uma maior distribuição de respostas: 50% (n=10) das mulheres e 40,3% (n=23) dos homens declararam grande ajuste; 30% (n=6) das mulheres e 40,3% (n=23) dos homens médio ajuste; e 20% (n=4) das mulheres e 19,4% (n=11) dos homens pequeno ajuste. Ao compararmos o nível de ajuste e adaptação sexuais conseguidos por homens e mulheres (tabela 76), percebemos que as mulheres acreditam ter conseguido maior ajuste sexual do que os homens, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Com isso vimos que o ajuste sexual psicológico dos participantes foi superior quando comparado ao ajuste físico. Por se tratarem de duas variáveis distintas, entendemos que o ajuste sexual psicológico, voltado à auto-estima, autoconfiança e segurança na sexualidade, pode ter sido maior, pois são questões não palpáveis, ou seja, sem um parâmetro comparativo “existente” para os participantes. Já no caso do ajuste sexual físico, voltado à capacidade de se realizar o que se pretende fisicamente no sexo, a comparação pode ser mais precisa para os participantes. Se pré-lesão eles faziam algumas atividades – performances sexuais – ao questionarmos sobre sua capacidade de realizar o que se pretende sexualmente podemos levá-los a comparações com o que já faziam antes da lesão, e com isso ter uma diminuição na auto-avaliação de seu ajuste sexual físico devido às limitações da lesão medular.

No estudo de Alexander, Sipski e Findley (1993) dos 38 homens participantes, 27% relataram dificuldade no ajuste sexual e 74% dificuldade de relacionamento, sendo que esses mesmo 74% acreditam que sua inabilidade afeta negativamente a qualidade de seus relacionamentos sexuais. Das 25 mulheres do estudo de Sipski e Alexander (1993), 76% acreditam ter se ajustado bem sexualmente. Entretanto, 44% também relatam que sua inabilidade afeta negativamente seus relacionamentos sexuais. No estudo de Phelps et al (1983), dos 50 homens participantes da pesquisa 50% tinham um sentimento fraco ou muito fraco de adequação sexual. Nos relatórios sobre ajuste sexual do estudo de Fisher et al (2002) com 40 pessoas com lesão medular (32 homens e 8 mulheres), os participantes não mostraram nenhuma mudança significativa nos níveis de ajuste de 6 a 12 meses ou 12 a 18 meses. Similarmente, nenhuma mudança significativa ocorreu nos níveis de ajustamento dos indivíduos que receberam aconselhamento sexual do período de internação a 6 meses, 6 a 12 meses, ou 12 a 18 meses.

Com relação à **adaptação sexual**, 64,5% (n=20) das mulheres e 56,9% (n=58) dos homens acreditam que conseguiram uma grande adaptação sexual após a lesão medular. Em contrapartida, 25,8% (n=8) das mulheres e 11,8% (n=12) dos homens acreditam ter conseguido uma pequena adaptação sexual. Ainda entre os homens 31,4% (n=32) acreditam

ter conseguido média adaptação após a lesão medular. Widerström-Noga et al (1999) acreditam que a habilidade de adaptar-se às conseqüências da lesão medular depende de muitos fatores, incluindo a severidade da lesão e fatores psicossociais e psicológicos, tais como a aflição psicológica. Assim, é essencial melhor compreender como as várias conseqüências da lesão são percebidas e definir os padrões de fatores que podem influenciar a dificuldade de uma pessoa em lidar com muitas conseqüências da lesão medular.

Entre os **homens** participantes do estudo encontramos algumas **correlações** após a lesão medular com as variáveis “ajuste sexual físico”, “ajuste sexual psicológico” e “adaptação sexual”.

As variáveis “importância do sexo” e “termos de sexualidade”, ou seja, o quanto os participantes dão importância ao sexo e o quanto são liberais sexualmente correlacionaram-se tanto com o nível de “ajuste sexual físico” quanto com o nível de “ajuste sexual psicológico”. Os homens que dão mais importância ao sexo e são mais liberais sexualmente, ajustaram-se melhor. Talvez pela busca maior por oportunidades sexuais após a lesão, já que as variáveis “nº. de parceiros sexuais” e “frequência sexual” também se correlacionaram positivamente com os dois ajustes sexuais, “físico” e “psicológico”. Podemos imaginar que os homens que gostam mais de sexo, buscam mais por ele e criam mais oportunidades, também por serem mais liberais sexualmente, o que por fim aumenta suas oportunidades sexuais melhorando seu ajuste. Também as variáveis “satisfação sexual” e “desejo sexual” correlacionaram-se positivamente com os ajustes. Novamente nos demonstrando que os homens com maior vontade, também são os mais satisfeitos sexualmente e por fim mais ajustados física e psicologicamente. Em nossos achados não houve correlação significativa entre o tempo de lesão medular e o nível de ajuste sexual, assim como no estudo de Berkman A H, Weissman R, Frielich (1978) embora os resultados do estudo deles reflitam padrões de vida de homens com lesão medular há muitos anos – veteranos.

Em relação ao nível de “adaptação sexual”, as mesmas variáveis citadas para os ajustes sexuais também se correlacionaram com ela. Porém, duas variáveis “temporais” apresentaram correlação positiva apenas com a “adaptação sexual”: o “tempo de lesão medular” e o “tempo de vida sexual ativa”. Isso nos sugere que o tempo de vivência na nova situação, assim como a experiência adquirida com a mesma, além da própria experiência sexual, contribuem para o aprendizado e o conhecimento do sujeito sobre a lesão medular e a sexualidade remanescente. Lembramos que em nosso estudo o conceito de “adaptação sexual” foi uma mescla de componentes emocionais e físicos, demonstrando a importância do tempo

sobre esses dois aspectos. No estudo de Siosteen et al (1990) o ajuste sexual após a lesão foi positivamente correlacionado à frequência sexual, vontade de experimentar expressões sexuais alternativas e lesão com idade jovem. Além disso, a independência física e social e um elevado nível de bom humor foram os determinantes mais positivos da adaptação sexual após a lesão, enquanto que o nível neurológico e o estado completo das lesões não mostraram correlação significativa com a sexualidade.

Entre as **mulheres** as **correlações** não foram muito diferentes, porém mais numerosas em relação à “adaptação sexual”. Assim como nos homens as variáveis “importância do sexo” e “termos de sexualidade” correlacionaram-se positivamente com os ajustes sexuais – físico e psicológico – e também com a adaptação sexual. Além disso, o quanto as participantes eram liberais em “termos de religiosidade” também se correlacionou com o ajuste sexual psicológico e com a adaptação sexual. Diferentemente dos homens, parece que a religiosidade interferiu mais no ajuste sexual das mulheres, pois as mais liberais em termos de religiosidade foram as que se ajustaram e se adaptaram melhor após a lesão medular.

Entre as mulheres o “nº. de parceiros sexuais” não apresentou correlação positiva com as variáveis, porém a “frequência sexual” e o “tempo de vida sexual ativa” correlacionaram-se tanto com o ajuste sexual físico quanto com a adaptação sexual. O que nos permite reforçar a importância da prática para a recuperação sexual da mulher com lesão medular. Enquanto nos homens a quantidade de parceiros foi importante, entre as mulheres a quantidade de sexo e o tempo de experiência sexual é que foram os fatores mais importantes para bons níveis de ajuste e adaptação sexuais.

As variáveis “desejo sexual”, “excitação sexual” e “satisfação sexual” correlacionaram-se com os ajustes sexuais e a adaptação sexual, ou seja, maior vontade de fazer sexo, assim como maior resposta sexual, associada à maior satisfação sexual, determinaram níveis mais altos de ajuste e adaptação sexuais para as mulheres participantes de nosso estudo.

No estudo de Kreuter, Sullivan e Siösteen (1996), a jovem idade, experiência sexual anterior, e o uso de técnicas para aumentar o prazer sexual apresentaram correlações positivas com o ajuste sexual das pessoas com lesão medular. Além disso, os participantes apontaram alguns aspectos para ajustarem-se sexualmente: 1) variedade no comportamento sexual, 2) percepção da satisfação e prazer do parceiro, e 3) percepção da satisfação do parceiro com uma resposta sexual adequada.

No estudo de Berkman A H, Weissman R, Frielich (1978) altos índices de ajuste sexual estavam correlacionados com idade mais jovem ($p < 0,05$), lesão em uma idade mais

adiantada ($p < 0,001$), alto nível de renda ($p < 0,01$), melhor função física ($p < 0,001$), melhor desempenho no trabalho ($p < 0,05$), participação comunitária ($p < 0,01$), assim como moral mais elevada ($p < 0,01$), atitudes positivas de auto-aceitação ($p < 0,05$) e independência ($p < 0,01$).

O que percebemos ao final desse capítulo foi a forte interferência da vivência sexual após a lesão medular. Seja através da frequência sexual ou com parceiros diferentes, vimos que a experiência aliada ao tempo foi importante para o ajuste sexual dos homens e das mulheres. Além disso, como falado nos capítulos anteriores desse trabalho, novamente, a importância dada ao sexo assim como o liberalismo sexual e religioso foram fortes aliados para o ajuste sexual e para a adaptação sexual. A vivência da nova situação – aprendizado – juntamente à apreciação sexual podem ser as chaves para o início do ajustamento após a lesão medular.

Objetivo 9 – Comparar prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pós-lesão, com os diferentes níveis e tipos de lesão medular em homens e mulheres

4.17. Resultados

Nesse estudo objetivamos entender como algumas variáveis da prática sexual, da satisfação sexual, da orientação sexual e da resposta sexual se comportam nos diferentes tipos de lesão medular (completa e incompleta), nos diferentes níveis da lesão medular (lombar, torácica alta, torácica baixa e cervical) e ainda em relação ao grau de acometimento do participante (paraplegia ou tetraplegia).

Nível da lesão medular

Na tabela 79 percebemos que em relação ao n°. de parceiros sexuais após a lesão medular, as mulheres participantes com lesão cervical têm menor número em relação às demais lesões ($p=0,026$). As demais variáveis analisadas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Na tabela 80, referente aos homens participantes do estudo, percebemos que em apenas uma das variáveis estudadas existiu diferença estatisticamente significativa (frequência do orgasmo).

Tabela 79: Nível da lesão medular feminina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

NÍVEL DA LESÃO MEDULAR						
Prática Sexual PÓS-lesão	Mulher				Teste Kruskal-Wallis	P
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Frequência sexual (Semanal)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	4,00 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 5,75	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	2,746	0,432
N	4	10	4	9		
Nº de parceiros sexuais	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	3,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 5,00	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	9,224	0,026
N	2	5	3	7		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	2,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,00	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 11,25	3,50 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 13,50	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	2,498	0,476
N	4	12	4	11		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Mulher				Teste Kruskal-Wallis	P
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 10,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	6,50 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 7,75	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	2,342	0,505
n	3	11	4	11		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Mulher				Teste Kruskal-Wallis	P
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 9,00	7,50 Q _{1/4} = 3,25 Q _{3/4} = 8,75	7,00 Q _{1/4} = 1,25 Q _{3/4} = 8,75	0,570	0,903
n	3	11	4	12		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher				Teste Kruskal-Wallis	P
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,75	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,00	9,00 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 9,75	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	1,801	0,615
n	4	11	4	11		
Frequência do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 6,00	2,50 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 3,75	7,113	0,068
n	2	5	3	6		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 8,00 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	4,00 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 8,00	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	5,899	0,117
n	2	11	4	7		

Tabela 80: Nível da lesão medular masculina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

NÍVEL DA LESÃO MEDULAR						
Prática Sexual PÓS-lesão	Homem				Teste Kruskal-Wallis	p
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Frequência sexual (Semanal)	3,00 Q _{1/4} = 1,50 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 3,00	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 2,50	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	6,068	0,108
n	9	26	25	41		
Nº de parceiros sexuais	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 5,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 13,50	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,25	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,50	1,453	0,693
n	7	9	10	29		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,00	5,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 19,00	4,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,50	2,640	0,451
n	9	25	26	41		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Homem				Teste Kruskal-Wallis	p
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,50	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,25	6,50 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,00	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	4,074	0,254
n	9	26	26	43		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Homem				Teste Kruskal-Wallis	p
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	1,773	0,621
n	9	26	27	43		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem				Teste Kruskal-Wallis	p
	Lombar	T. Baixa	T. Alta	Cervical		
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 10,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	0,276	0,964
n	9	26	27	43		
Frequência do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,50 Q _{1/4} = 5,75 Q _{3/4} = 9,00	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,50	0,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,25	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	14,836	0,002
n	6	9	10	30		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 7,50	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,00	4,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,25	4,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,25	3,995	0,262
n	9	23	26	42		

Tipo de lesão medular

Referente ao tipo de lesão medular, na tabela 81, comparamos homens com lesão completa aos homens com lesão incompleta. Em nenhuma das variáveis estudadas referentes à prática, satisfação, orientação e resposta sexuais encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 81: Tipo de lesão medular masculina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Prática Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Completa	Incompleta		
Frequência sexual (Semanal)	1,00	2,00	209,00	0,566
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 2,75	Q _{3/4} = 3,00		
n	12	39		
Nº de parceiros sexuais	2,00	2,00	236,00	0,621
	Q _{1/4} = 1,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 4,00	Q _{3/4} = 5,00		
n	14	37		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00	3,00	259,00	1,000
	Q _{1/4} = 1,75	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 7,50	Q _{3/4} = 9,00		
n	14	37		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Completa	Incompleta		
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50	6,00	257,00	0,745
	Q _{1/4} = 2,00	Q _{1/4} = 4,00		
	Q _{3/4} = 7,75	Q _{3/4} = 7,00		
n	14	39		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Completa	Incompleta		
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00	7,00	209,00	0,101
	Q _{1/4} = 7,00	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 10,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	15	39		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Completa	Incompleta		
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00	6,00	224,00	0,181
	Q _{1/4} = 7,00	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 10,00	Q _{3/4} = 8,00		
n	15	39		
Frequência do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	1,00	3,00	178,50	0,083
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 3,50	Q _{3/4} = 6,00		
n	14	37		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	1,00	5,00	245,00	0,351
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 7,00	Q _{3/4} = 7,00		
n	15	39		

Na tabela 82, comparamos as mulheres com lesão completa às mulheres com lesão incompleta. Assim como nos homens desse mesmo estudo, em nenhuma das variáveis estudadas referentes a prática, satisfação, orientação e resposta sexuais encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 82: Tipo de lesão medular feminina X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Prática Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Completa	Incompleta	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,25	19,50	0,942
n	10	4		
Nº de parceiros sexuais	1,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 2,00	3,00 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 4,50	19,00	0,134
n	11	6		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	5,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	35,00	0,749
n	11	7		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Completa	Incompleta	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 8,00	29,00	0,384
n	11	7		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Completa	Incompleta	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,50 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 9,00	6,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,00	31,50	0,368
n	12	7		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Completa	Incompleta	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 9,00	8,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	25,00	0,210
n	11	7		
Frequência do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,00 Q _{1/4} = 1,75 Q _{3/4} = 6,00	6,50 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 8,00	20,50	0,295
n	10	6		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,50 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 5,50	6,50 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 8,00	20,00	0,271
n	10	6		

Ainda referente ao tipo de lesão medular, as mulheres e os homens foram estudados mais profundamente em relação à resposta sexual. Na tabela 83 comparamos as mulheres com lesão medular completa às incompletas em relação à lubrificação vaginal. Como podemos perceber, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 83: Resposta sexual Feminina X Tipo de lesão medular.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Completa n=10	Incompleta n=6	Teste U	p
Nível de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,50 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,50	30,00	1,000
Tempo de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 4,50 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	24,00	0,508
Nível de Lubrificação vaginal artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,25	0	21,00	0,152

Na tabela 84, comparamos os homens com lesão medular completa aos homens com lesão incompleta em relação à ereção e à ejaculação. Como podemos perceber, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Porém os homens com lesão incompleta – menor acometimento – apresentaram maior nível de ereção, maior tempo de duração da ereção, maior nível de ejaculação, e ainda menor nível de utilização de artificios para a manutenção da ereção.

Tabela 84: Resposta sexual Masculina X Tipo de lesão medular.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem			
	Completa n=14	Incompleta n=37	Teste U	p
Nível de Ereção espontânea (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,25	5,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 7,00	214,50	0,343
Tempo de duração da ereção (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,50 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 5,25	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 6,50	195,50	0,177
Nível de Ereção artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,50	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	203,50	0,194
Nível de Ejaculação (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	0,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 4,50	200,50	0,160

A seguir, na tabela 85 comparamos os homens com lesão completa e as mulheres com lesão medular completa. Em relação à prática, satisfação e orientação sexuais, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Já na resposta sexual, especificamente na variável “conseguir orgasmo”, as mulheres com lesão medular completa declararam conseguir mais orgasmos do que os homens com lesão medular completa ($p=0,035$).

Tabela 85: Lesão medular completa – Homens X Mulheres.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Prática Sexual PÓS-lesão	Completa			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Freqüência sexual (Semanal)	1,50	1,00	51,50	0,562
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 3,00	Q _{3/4} = 2,75		
n	10	12		
Nº de parceiros sexuais	1,00	2,00	50,00	0,116
	Q _{1/4} = 1,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 2,00	Q _{3/4} = 4,00		
n	11	14		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	5,00	3,00	76,00	0,956
	Q _{1/4} = 1,00	Q _{1/4} = 1,75		
	Q _{3/4} = 10,00	Q _{3/4} = 7,50		
n	11	14		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Completa			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	5,50	57,00	0,268
	Q _{1/4} = 5,00	Q _{1/4} = 2,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 7,75		
n	11	14		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Completa			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,50	9,00	62,00	0,162
	Q _{1/4} = 7,00	Q _{1/4} = 7,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	12	15		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Completa			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	9,00	8,00	70,00	0,508
	Q _{1/4} = 7,00	Q _{1/4} = 7,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	11	15		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,00	1,00	34,50	0,035
	Q _{1/4} = 1,75	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 6,00	Q _{3/4} = 3,50		
n	10	14		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,50	1,00	57,50	0,325
	Q _{1/4} = 2,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 5,50	Q _{3/4} = 7,00		
n	10	15		

Na tabela 86 comparamos homens e mulheres com lesão medular incompleta. Entre esses dois grupos não encontramos diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis estudadas, além disso, houve um equilíbrio grande entre as respostas dos participantes.

Tabela 86: Lesão medular Incompleta – Homens X Mulheres.

TIPO DE LESÃO MEDULAR				
Prática Sexual PÓS-lesão	Incompleta			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Freqüência sexual (Semanal)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,25	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	72,50	0,812
n	4	39		
Nº de parceiros sexuais	3,00 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 4,50	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 5,00	109,00	0,943
n	6	37		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 9,00	120,50	0,771
n	7	37		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Incompleta			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 7,00	128,00	0,793
n	7	39		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Incompleta			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	95,50	0,204
n	7	39		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Incompleta			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	6,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	128,00	0,793
n	7	39		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 8,00	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	75,00	0,201
n	6	37		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 8,00	5,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00	93,00	0,418
n	6	39		

Acometimento da lesão medular

Referente ao acometimento da lesão medular, na tabela 87, comparamos mulheres com tetraplegia e mulheres com paraplegia. Três variáveis apresentaram diferença significativa entre os grupos, uma referente à prática sexual e duas referentes à resposta sexual.

Tabela 87: Paraplegia e Tetraplegia femininas X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	79,50	0,760
n	19	9		
Nº de parceiros sexuais	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	10,00	0,006
n	11	7		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 11,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	79,00	0,138
n	21	11		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	84,00	0,372
n	19	11		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 1,25 Q _{3/4} = 8,75	100,50	0,581
n	19	12		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 6,50 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	88,00	0,354
n	20	11		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	2,50 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 3,75	11,50	0,028
n	11	6		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 8,00	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	29,50	0,040
n	18	7		

Na tabela 88, comparamos homens com tetraplegia e homens com paraplegia. Em nenhuma das variáveis estudadas encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 88: Paraplegia e Tetraplegia masculinas X prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Homem			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	990,50	0,079
n	59	42		
Nº de parceiros sexuais	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 5,00	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,25	343,50	0,588
n	25	30		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	4,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,25	1100,00	0,336
n	59	42		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Homem			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 4,25 Q _{3/4} = 8,00	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	1057,00	0,081
n	60	44		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Homem			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	1228,50	0,579
n	61	44		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem			
	Paraplegia	Tetraplegia	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	1279,00	0,679
n	61	44		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	2,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	364,50	0,896
n	24	31		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 8,00	4,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00	1170,50	0,698
n	57	43		

Ainda referente ao acometimento dos participantes, as mulheres e os homens foram estudados mais profundamente em relação à resposta sexual. Na tabela 89 comparamos as mulheres com tetraplegia às mulheres com paraplegia em relação à lubrificação vaginal. Como podemos perceber, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 89: Resposta sexual Feminina X Paraplegia/Tetraplegia.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA					
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher			Teste U	p
	Paraplegia n=11	Tetraplegia n=6			
Nível de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	5,00		18,50	0,140
	Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,00	Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 7,25			
Tempo de Lubrificação vaginal (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00	4,00		18,50	0,139
	Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,00	Q _{1/4} = 1,50 Q _{3/4} = 6,75			
Nível de Lubrificação vaginal artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0	0,00		31,50	0,821
		Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00			

Na tabela 90 comparamos os homens com tetraplegia aos homens com paraplegia em relação à ereção e à ejaculação. Analisando os dados, não encontramos diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 90: Resposta sexual Masculina X Paraplegia/Tetraplegia.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA					
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p	
	Paraplegia n=24	Tetraplegia n=31			
Nível de Ereção espontânea (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50	4,00		313,00	0,313
	Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 7,00	Q _{1/4} = 2,00 Q _{3/4} = 6,00			
Tempo de duração da ereção (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00	4,00		341,00	0,596
	Q _{1/4} = 2,25 Q _{3/4} = 6,75	Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 6,00			
Nível de Ereção artificial (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0,00	0,00		330,00	0,431
	Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00			
Nível de Ejaculação (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	0,50	0,00		273,00	0,054
	Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00			

A seguir, na tabela 91 comparamos os homens paraplégicos às mulheres paraplégicas. Entre todas as variáveis apresentadas, somente a variável “conseguir orgasmo” apresentou medianas significativamente maiores para as mulheres.

Tabela 91: Paraplegia – Homens X Mulheres.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Paraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	2,00	2,00	534,00	0,752
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 3,00	Q _{3/4} = 3,00		
n	19	59		
Nº de parceiros sexuais	3,00	3,00	125,50	0,674
	Q _{1/4} = 1,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 3,00	Q _{3/4} = 5,00		
n	11	25		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	3,00	4,00	543,50	0,403
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 11,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	21	59		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Paraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	6,00	516,00	0,532
	Q _{1/4} = 6,00	Q _{1/4} = 4,25		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 8,00		
n	19	60		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Paraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	8,00	474,50	0,227
	Q _{1/4} = 6,00	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	19	61		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Paraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00	7,00	498,50	0,217
	Q _{1/4} = 6,50	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 9,00		
n	20	61		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00	2,50	68,50	0,023
	Q _{1/4} = 3,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 5,00		
n	11	24		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50	5,00	430,50	0,300
	Q _{1/4} = 3,00	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 8,00		
n	18	57		

Na tabela 92 comparamos os homens tetraplégicos às mulheres tetraplégicas. Diferenças estatisticamente significativas apareceram em duas variáveis da prática sexual (Nº de parceiros sexuais e Tempo de vida sexual ativa). Entre as demais variáveis não encontramos diferenças significativas.

Tabela 92: Tetraplegia – Homens X Mulheres.

LESÃO MEDULAR: PARAPLEGIA & TETRAPLEGIA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Tetraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	181,50	0,848
n	9	42		
Nº de parceiros sexuais	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 1,00	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 4,25	37,00	0,006
n	7	30		
Tempo de vida sexual ativa (Em anos)	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	3,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,25	141,00	0,047
n	11	42		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Tetraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 10,00	5,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 7,00	233,50	0,857
n	11	44		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Tetraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 1,25 Q _{3/4} = 8,75	8,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	184,50	0,109
n	12	44		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Tetraplegia			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	241,00	0,983
n	11	44		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	2,50 Q _{1/4} = 0,75 Q _{3/4} = 3,75	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	92,00	0,966
n	6	31		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	2,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	4,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00	119,50	0,380
n	7	43		

4.18. Discussão

Nesse estudo objetivamos entender como algumas variáveis da prática sexual, da satisfação sexual, da orientação sexual e da resposta sexual se comportavam nos diferentes tipos e níveis de lesão medular.

Nível da lesão medular

Na tabela 79 vimos que as mulheres participantes com lesão cervical têm menor número de parceiros sexuais pós-lesão ($p=0,026$) em relação às demais lesões. As demais variáveis não apresentaram diferença significativa, porém vale ressaltar alguns achados interessantes: em relação à satisfação sexual, excitação sexual, frequência do orgasmo e a intensidade do orgasmo, de todas as lesões, a lesão cervical – com maior grau de comprometimento físico – foi a que apresentou menores medianas para as 4 variáveis. Jackson e Wadley (1999) num estudo realizado com 472 mulheres com lesão medular, encontraram o nível da lesão como um preditor significativo para a participação no intercuro sexual: 62% das mulheres com lesão cervical participavam no sexo, assim como, 70% das mulheres com lesões torácicas e 82% das mulheres com lesões lombares e sacrais. Além disso, os autores encontraram uma menor tendência das mulheres do grupo torácico terem o intercuro pós-lesão medular, mas não nos outros grupos. Westgren et al (1997) encontraram as mulheres com lesões cervicais completas e incompletas de seu estudo, classificando a importância da atividade sexual como significativamente mais baixa depois da lesão medular, em comparação com o período pré-lesão. Porém, não foram observadas diferenças significativas nas mulheres com lesões de nível mais baixo.

Na tabela 80, vimos os achados dos homens. Nela percebemos que em nenhuma das variáveis estudadas existiu diferença estatisticamente significativa. Também não houve menores valores para determinada lesão, como aconteceu com a lesão cervical feminina. Podemos destacar apenas que com relação ao nível de satisfação sexual, com o aumentar do comprometimento, a mediana da satisfação sexual foi diminuindo. Valtonen et al (2006) em um estudo realizado na Suécia (dados desde 1982) com 190 sujeitos com idades entre 18 e 75 anos, mostraram que, ao contrário do que observamos, parece não haver associação entre o nível neurológico e satisfação com a vida sexual. Entretanto, em um modelo logístico invariável rodado com os homens, as pessoas com lesão cervical eram mais satisfeitas com sua vida sexual do que as pessoas com lesões baixas ($p = 0,030$). Ao contrário, as mulheres

com lesões cervicais tenderam a ficar menos satisfeitas que as mulheres com lesões baixas ($p = 0,106$).

No estudo de Sjögren e Egberg (1983) dos 21 homens participantes apenas um homem – com lesão em C7 – relatou que a função sexual foi totalmente inalterada após a lesão. Com exceção da capacidade ejaculatória, as mudanças foram definitivamente mais pronunciadas em sujeitos com lesões acima de C7. No mesmo estudo, depois do trauma o nível de satisfação sexual diminuiu em 13 sujeitos, incluindo todos aqueles com lesões acima de C7 e todos sem uma parceira. De todos estes 13 homens, a metade experimentou vida sexual em algum grau de insatisfação ($n = 3$) ou completamente insatisfatória ($n = 4$). Por outro lado, os 5 homens com lesões em T12 ou L1 experimentaram a vida sexual como sendo ao menos um pouco satisfatória. Alexander, Sipski e Findley (1993) encontraram entre os homens de seu estudo uma correlação significativa entre o nível da lesão e a habilidade de conseguir penetração. Assim quanto mais alto o nível da lesão mais provável que conseguisse a penetração.

Tipo de lesão medular

Na tabela 81, comparamos homens com lesão completa aos homens com lesão incompleta. Apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, pudemos perceber que a lesão medular incompleta, menor grau de comprometimento, apresentou medianas mais altas em comparação à lesão medular completa, para: frequência sexual, satisfação sexual, frequência do orgasmo e intensidade do orgasmo. Já as variáveis, nº. de parceiros sexuais, tempo de vida sexual ativa, nível de desejo sexual e nível de excitação sexual apresentaram maiores medianas para as lesões completas.

Na tabela 84, comparamos os homens com lesão medular completa aos homens com lesão incompleta em relação à ereção e à ejaculação, e novamente não encontramos diferença significativa entre os dois grupos. Porém os homens com lesão incompleta – menor acometimento – apresentaram maior nível de ereção, maior tempo de duração da ereção, maior nível de ejaculação, e ainda menor nível de utilização de artifícios para a manutenção da ereção.

Estudos do tipo auto-relato mostraram que 70 a 93% dos homens com lesão completa, afetando os nervos sacrais, têm ereções reflexas, mas não tem ereções psicogênicas. Nesses mesmos homens, a ejaculação está presente em apenas 4%. Já entre os homens com lesão medular incompleta, 80% relataram ter ereções reflexas e 19% deles relataram ter algum tipo de combinação das ereções reflexa e psicogênica. Nesses mesmos homens, a ejaculação ocorreu em 32% (BORS e COMARR, 1960 citados por SIPSKI, 2000). Dois estudos

demonstraram que nos participantes, homens, entre 42% e 47% houve habilidade de alcançar o orgasmo, sendo que 38% desses homens com lesão completa (PHELPS et al, 1983; ALEXANDER, SIPSKI E FINDLEY, 1993).

Na tabela 82, comparamos as mulheres com lesão completa às mulheres com lesão incompleta, e da mesma forma que nos homens desse mesmo estudo, em nenhuma das variáveis estudadas encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Destacamos, porém que, somente 3 variáveis estudadas apresentaram medianas maiores para as mulheres com lesão medular incompleta quando comparadas às mulheres com lesões completas: nº. de parceiros sexuais, freqüência do orgasmo e intensidade do orgasmo. Nas demais variáveis, encontramos medianas mais altas para as mulheres com lesão medular do tipo completa – maior grau de comprometimento. Na tabela 83 comparamos as mulheres com lesão medular completa às incompletas em relação à lubrificação vaginal e não encontramos diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Diferenças significativas não foram percebidas entre a habilidade de mulheres com lesão medular completa e incompleta para alcançar o orgasmo. Ao contrário, as únicas características nas quais participantes com lesão medular orgásticas e não-orgásticas diferiram, foi que participantes que alcançavam o orgasmo tinham aconselhamento sexual maior e mais informação sexual do que participantes que não atingiam o orgasmo (SIPSKI, ALEXANDER e ROSEN, 1995^b). Em um outro estudo dos mesmos autores, não foi encontrada relação entre a capacidade das mulheres terem orgasmo e o tipo ou nível de lesão medular, e sim ao fato de terem uma lesão medular (SIPSKI, ALEXANDER e ROSEN, 1995^c).

Em relação à prática sexual, no estudo de Jackson e Wadley (1999) o tipo de lesão não foi um preditor significativo para o intercursos sexual, pois 64% de mulheres com lesão medular completa e 70% com lesão medular incompleta relataram ter atividade sexual após a lesão medular.

Em um estudo de Sipski, Alexander e Rosen (1997) com 17 mulheres com lesão medular incompleta, sendo que dessas, 10 com preservação de sensibilidade (T11-L2) e 7 sem qualquer sensibilidade na mesma região. Os autores concluíram que mesmo com a lesão medular incompleta, a preservação de sensibilidade nos dermatômos T11-L2, foi fator determinante para a excitação sexual, pois as mulheres com preservação da sensibilidade local demonstraram uma forte tendência a manter a habilidade para a vasocongestão genital psicogênica (resposta sexual).

Comparamos os homens e as mulheres com lesão medular completa (tabela 85) e encontramos na resposta sexual, especificamente na variável “frequência do orgasmo”, as mulheres declarando conseguir mais orgasmos do que os homens ($p=0,035$). Também comparamos homens e mulheres com lesão incompleta (tabela 86), e não encontramos diferenças significativas em nenhuma das variáveis, além disso, houve um equilíbrio grande entre as respostas dos participantes.

Acometimento da lesão medular

Ao compararmos as mulheres tetraplégicas com as paraplégicas (tabela 87), encontramos na prática sexual, variável “Nº. de parceiros sexuais”, maior número de parceiros para as mulheres paraplégicas ($p=0,006$). Na resposta sexual, as mulheres paraplégicas conseguiam atingir mais o orgasmo do que as tetraplégicas ($p=0,028$). Da mesma forma com relação à intensidade do orgasmo: as mulheres paraplégicas declararam maior intensidade em seus orgasmos do que as tetraplégicas ($p=0,040$).

As mulheres paraplégicas e as tetraplégicas foram comparadas em relação ao nível de lubrificação vaginal (tabela 89) e não houve diferença significativa entre os dois grupos, porém novamente em duas variáveis apresentadas as medianas das mulheres com paraplegia foram superiores: “nível de lubrificação vaginal” e “tempo de lubrificação vaginal”.

Na comparação entre homens tetraplégicos e homens paraplégicos (tabela 88), nenhuma das variáveis estudadas apresentou diferença estatisticamente significativa, porém as medianas dos homens paraplégicos foram iguais ou mais altas para todas as variáveis estudadas, exceto para a “frequência do orgasmo”, em que os homens tetraplégicos obtiveram uma mediana maior do que os homens paraplégicos. Na tabela 90 comparamos os homens com tetraplegia aos homens com paraplegia em relação à ereção e à ejaculação, mas não encontramos diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos. Mesmo assim, encontramos medianas mais altas para os homens com paraplegia em relação ao nível de ereção espontânea, à duração da ereção e também ao nível de ejaculação – que apresentou níveis baixíssimos para ambos os grupos. Em relação à utilização de algo para conseguir ereção, os homens tetraplégicos apresentaram medianas maiores.

Comparamos os homens paraplégicos às mulheres paraplégicas de nosso estudo (tabela 91). Entre todas as variáveis apresentadas, somente a variável “conseguir orgasmo” apresentou diferença estatisticamente significativa, ou seja, as mulheres com paraplegia conseguem atingir mais orgasmos do que os homens com a mesma lesão ($p=0,023$). Na tabela

92 ao compararmos os homens tetraplégicos às mulheres tetraplégicas encontramos diferenças significativas em duas variáveis referentes à prática sexual: “Nº. de parceiros sexuais” e “Tempo de vida sexual ativa”, onde os homens tetraplégicos tinham mais parceiros do que as mulheres tetraplégicas ($p=0,006$) e também tinham maior tempo de vida sexual ativa depois da lesão medular ($p=0,047$).

A classificação ASIA não foi utilizada nessa análise de dados, pois dos 144 participantes, somente 11 conheciam a classificação. Por nossa pesquisa ser baseada no auto-relato dos participantes, talvez eles tenham sido avaliados e classificados pelos critérios ASIA, mas não informados sobre sua classificação.

Pudemos perceber ao final dessa análise que as avaliações das pessoas com lesão medular utilizadas até o momento, classificando os participantes por suas limitações motoras e sensitivas, não permitem que entendamos claramente diferenças referentes à sexualidade de homens e mulheres. Como a sexualidade compreende diversos núcleos – resposta, desejo, satisfação, prática, orientação – que pelas atuais classificações, não sofrem modificações pelos diferentes níveis e tipos de lesão medular, como vimos nos dados apresentados acima, talvez estejamos enfrentando uma limitação grande: as classificações. Por serem baseadas em alterações físicas e biológicas, podem não ser suficientes para compreender as alterações sexuais que têm diversos componentes psicológicos, sociais e culturais. Talvez se levássemos em consideração uma avaliação baseada no status pessoal (auto-estima) e social do indivíduo, pudéssemos entender de que forma ele entende e age com sua sexualidade, pois parece haver algo maior que ainda não temos conhecimento que faz com que algumas pessoas sintam-se ajustadas e adaptadas sexualmente, e outras, com mesmas características físicas de lesão, não se sintam.

Objetivo 11 – Verificar e comparar o nível de prática, satisfação, orientação e resposta sexuais pós-lesão medular em homens e mulheres praticantes ou não de atividade física

4.19. Resultados

Questionamos os participantes do estudo em relação à prática de atividade física e sua frequência semanal. Dos 109 homens participantes, 81 (74,3%) e das 31 mulheres participantes, 19 (61,3%) praticavam atividade física.

Com relação à frequência semanal de atividade física, dos 58 homens participantes 8,6% (n=5) praticavam apenas 1X/semana; 25,9% (n=15) praticavam 2X/semana; 25,9% (n=15) praticavam 3X/semana; 10,3% (n=6) praticavam 4X/semana e 8,6% (n=5) praticavam entre 5 e 7X/semana. Entre as 21 mulheres que responderam essa questão, 4,8% (n=1) praticava 1X/semana; 28,6% (n=6) praticavam 2X/semana; 4,8% (n=1) praticavam 3X/semana; 4,8% (n=1) 4X/semana e 9,5% (n=2) 5X/semana.

Para conhecermos a influência da atividade física nas variáveis estudadas, comparamos as mulheres praticantes e as não praticantes em relação à prática, satisfação, orientação e resposta sexuais. Na tabela 93 percebemos que não há diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 93: Atividade Física Feminina X Prática, satisfação, orientação e resposta sexuais.

ATIVIDADE FÍSICA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Praticante	Não praticante	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	1,50 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,50 Q _{3/4} = 3,00	66,50	0,748
n	16	9		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Praticante	Não praticante	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 6,00 Q _{3/4} = 8,00	6,50 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 7,00	56,00	0,093
n	15	12		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Praticante	Não praticante	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,25 Q _{3/4} = 8,00	7,50 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 9,00	85,00	0,606
n	16	12		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Mulher			
	Praticante	Não praticante	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00 Q _{1/4} = 7,00 Q _{3/4} = 8,75	8,00 Q _{1/4} = 4,25 Q _{3/4} = 9,00	93,00	0,887
n	16	12		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,00 Q _{1/4} = 2,50 Q _{3/4} = 7,00	4,50 Q _{1/4} = 1,50 Q _{3/4} = 7,50	35,50	0,961
n	9	8		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50 Q _{1/4} = 2,75 Q _{3/4} = 8,00	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,50	43,00	0,201
n	14	9		

Na tabela 94 comparamos os homens praticantes de atividade física e os não praticantes. Novamente percebemos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 94: Atividade Física Masculina X Prática, satisfação, orientação e resposta sexuais

ATIVIDADE FÍSICA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Praticante	Não praticante		
Frequência sexual (Semanal)	2,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 3,00	1,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 2,00	757,50	0,070
n	76	26		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Praticante	Não praticante		
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 8,00	6,00 Q _{1/4} = 3,00 Q _{3/4} = 9,00	973,00	0,554
n	78	27		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Praticante	Não praticante		
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	9,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 10,00	991,00	0,576
n	79	27		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Homem		Teste U	p
	Praticante	Não praticante		
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00 Q _{1/4} = 5,00 Q _{3/4} = 8,00	7,00 Q _{1/4} = 4,00 Q _{3/4} = 9,00	1051,00	0,910
n	79	27		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 5,00	3,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 6,00	219,00	0,548
n	45	11		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	4,00 Q _{1/4} = 0,00 Q _{3/4} = 7,00	6,00 Q _{1/4} = 1,00 Q _{3/4} = 8,00	760,50	0,263
n	78	23		

Na tabela 95 comparamos os homens praticantes de atividade física às mulheres também praticantes de atividade física, porém novamente nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os dois grupos.

Tabela 95: Praticantes de atividade física – Homens X mulheres.

ATIVIDADE FÍSICA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Frequência sexual (Semanal)	1,50	2,00	559,00	0,606
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 3,00	Q _{3/4} = 3,00		
n	16	76		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	6,00	418,00	0,078
	Q _{1/4} = 6,00	Q _{1/4} = 4,00		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 8,00		
n	15	78		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,00	7,00	483,50	0,134
	Q _{1/4} = 5,25	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	16	79		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00	7,00	526,50	0,289
	Q _{1/4} = 7,00	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 8,75	Q _{3/4} = 8,00		
n	16	79		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,00	3,00	129,00	0,083
	Q _{1/4} = 2,50	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 7,00	Q _{3/4} = 5,00		
n	9	45		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	5,50	4,00	421,50	0,171
	Q _{1/4} = 2,75	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 8,00	Q _{3/4} = 7,00		
n	14	78		

Na tabela 96 comparamos os homens não praticantes de atividade física às mulheres também não praticantes de atividade física, porém novamente nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os dois grupos.

Tabela 96: Não praticantes de atividade física – Homens X mulheres.

ATIVIDADE FÍSICA				
Prática Sexual PÓS-lesão	Não praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Freqüência sexual (Semanal)	1,00	1,00	93,50	0,358
	Q _{1/4} = 0,50	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 3,00	Q _{3/4} = 2,00		
n	9	26		
Satisfação Sexual PÓS-lesão	Não praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Satisfação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	6,50	6,00	118,50	0,183
	Q _{1/4} = 1,00	Q _{1/4} = 3,00		
	Q _{3/4} = 7,00	Q _{3/4} = 9,00		
n	12	27		
Orientação Sexual PÓS-lesão	Não praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de Desejo sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	7,50	9,00	122,00	0,215
	Q _{1/4} = 2,50	Q _{1/4} = 5,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 10,00		
n	12	27		
Resposta Sexual PÓS-lesão	Não praticante			
	Mulher	Homem	Teste U	p
Nível de excitação sexual (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	8,00	7,00	145,00	0,602
	Q _{1/4} = 4,25	Q _{1/4} = 4,00		
	Q _{3/4} = 9,00	Q _{3/4} = 9,00		
n	12	27		
Conseguir orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	4,50	3,00	37,00	0,558
	Q _{1/4} = 1,50	Q _{1/4} = 0,00		
	Q _{3/4} = 7,50	Q _{3/4} = 6,00		
n	8	11		
Intensidade do orgasmo (Escala <i>likert</i> de 0 a 10)	3,00	6,00	79,00	0,299
	Q _{1/4} = 0,00	Q _{1/4} = 1,00		
	Q _{3/4} = 7,50	Q _{3/4} = 8,00		
n	9	23		

Algumas correlações foram encontradas para os homens e para as mulheres participantes do estudo. Apresentaremos a seguir as correlações divididas por sexo – homem / mulher – no período pós-lesão.

Correlações - Homens

Na tabela 97 vemos as correlações para “Prática de atividade física” de homens após a lesão medular. A primeira coluna da tabela nos mostra a classificação da variável correlacionada – prática sexual, orientação sexual, resposta sexual ou satisfação sexual.

Tabela 97: Correlações¹ para prática de Atividade física em Homens PÓS-lesão.

		Freqüência semanal de atividade física
<i>Prática</i>	Idade do participante em anos	-0,543**
	Tempo de Lesão Medular	-0,333*
	Nº de parceiros sexuais	-0,271*
	Freqüência sexual	0,273*
<i>Orientação</i>	Parceiro gosta de receber ESTIMULAÇÃO MANUAL	-0,301*
	Gosta de receber VIBRADOR	-0,319*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

Correlações - Mulheres

Na tabela 98 vemos as correlações para a prática de atividade física de mulheres também após a lesão medular.

Tabela 98: Correlações¹ para prática de Atividade física em Mulheres PÓS-lesão.

		Freqüência semanal de atividade física
<i>Prática</i>	Escolaridade	0,555**
	Itens que o participante tem em casa	0,642**
	Realiza BEIJO	0,453*
	Nível de aconselhamento sexual	0,663**
	Ajuste sexual FÍSICO	0,506*
	Adaptação sexual	0,456*

¹Teste de Spearman

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

4.20. Discussão

Questionamos os participantes do estudo em relação à prática de atividade física e sua freqüência semanal. Dos 109 homens participantes, 81 (74,3%) e das 31 mulheres participantes, 19 (61,3%) praticavam atividade física. Nos estudos de Cash, Winstead, E Janda (1986) e Lerner, Orlos, E Knapp (1976), a quantidade de homens (adultos e jovens) também era maior do que a quantidade de mulheres (adultas e jovens) que praticavam atividade física.

Para conhecermos a influência da atividade física nas variáveis estudadas, comparamos as mulheres (tabela 93) e também os homens (tabela 94) praticantes e as não praticantes em relação à prática, satisfação, orientação e resposta sexuais. Entre as mulheres percebemos que não houve diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos, embora as mulheres praticantes de atividade física tenham obtido medianas maiores na maioria das variáveis apresentadas, exceto na variável “desejo sexual pós-lesão” que a mediana das não-praticantes foi levemente superior ao das praticantes de atividade física. Entre os homens, novamente percebemos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Entretanto, ao contrário das mulheres, os não praticantes de atividade física obtiveram medianas maiores do que os praticantes tanto no nível de desejo sexual quanto na intensidade do orgasmo pós-lesão. Em outras 3 variáveis apresentadas aos participantes a mediana dos dois grupos manteve-se a mesma.

Ao compararmos homens e mulheres **praticantes** de atividade física (tabela 95) novamente nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os dois grupos. Destacamos, porém que o nível de satisfação sexual, nível de excitação sexual, a capacidade de conseguir orgasmo e ainda a intensidade desse orgasmo após a lesão medular, foi maior nas mulheres do que nos homens. Em relação aos homens e mulheres **não-praticantes** de atividade física (tabela 96), o mesmo padrão se manteve: não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Entre os não-praticantes de atividade física, o nível de desejo sexual, nível de excitação sexual e intensidade do orgasmo foram maiores nos homens do que nas mulheres. Já o nível de satisfação sexual e a capacidade de conseguir atingir o orgasmo foram maiores nas mulheres.

A variável “frequência de atividade física” dos homens correlacionou-se negativamente com 3 variáveis da prática sexual após a lesão medular: “idade”, “tempo de lesão medular” e “nº. de parceiros sexuais”; e positivamente com uma: “frequência sexual”. Portanto os homens com maior frequência sexual, eram mais jovens, com menos tempo de lesão medular, com menos parceiros sexuais e com maior frequência sexual (tabela 97).

Entre as mulheres, em relação à prática sexual, somente uma variável correlacionou-se com a frequência de atividade física: “realiza beijos”. Ou seja, as mulheres com maior frequência de atividade física foram as que mais realizavam “beijos” após a lesão medular. Talvez isso nos mostre que a prática de atividade física proporciona maiores oportunidades de relacionamentos pessoais e sentimentais que resultem em intimidade (beijos). Além dessa, a “frequência de atividade física” também se correlacionou com a “escolaridade” e com os “itens de consumo” das participantes, sendo assim, as mulheres com maior frequência de

atividade física tinham maior escolaridade e mais itens em casa (maior nível social). Por fim, as mulheres que praticavam mais exercício físico também se adaptaram mais sexualmente, se ajustaram mais sexualmente e receberam maior nível de aconselhamento sexual (tabela 98).

Mesmo sem termos encontrado nenhuma diferença estatisticamente significativa entre praticantes e não praticantes de atividade física, assim como entre homens e mulheres, percebemos que de forma geral o exercício físico melhorou as medianas da maioria das variáveis estudadas. Além disso, percebemos que talvez o encontro para a prática desportiva, mais do que um cuidado com a saúde física, seja um cuidado para a saúde mental e social. Os encontros para treinamento, podem ser em muitos casos, a única oportunidade de contato social entre homens e/ou mulheres após a lesão medular. Talvez isso ocorra por que nos locais de treinamento as instalações sejam acessíveis e adaptadas para receber populações especiais.

Embora não tenhamos encontrado estudos que tratem diretamente das variáveis que estudamos, alguns pesquisadores apresentaram achados interessantes em relação à prática de atividade física e aspectos da sexualidade, como a satisfação corporal e a auto-estima, entre outras.

Vários autores têm destacado os efeitos do exercício sobre a auto-estima de seus praticantes, uma vez que têm sugerido que o exercício moderado melhora o humor, o bem-estar e a percepção de controle, pelo menos a curto prazo (BROWN & LAWTON, 1986).

Alguns estudos (JAFFEE e MANZER, 1992; KOIVULA, 1999; TAYLOR, 1995; WILKINS, ALBINSON e BOLAND, 1991; BUTCHER, 1989) demonstraram que os indivíduos que praticam atividade física têm maior auto-estima que não-participantes. No entanto, outros estudos mostraram que existe um elo fraco ou, no mínimo, evidências conflitantes no tocante à participação em atividades desportivas e a auto-estima geral (MARSH e JACKSON, 1986; JACKSON e MARSH, 1986; GIBBONS e LYNN, 1997).

Além disso, outras pesquisas indicam que o exercício físico pode aumentar a pré-disposição sexual, a prática sexual, e a satisfação sexual (WHITE et al, 1990; FRAUMAN, 1982; GERBER et al, 2005). Exercícios freqüentes e a boa forma física, de modo geral, reforçam a atratividade e aumentam o nível de energia, variáveis que fazem as pessoas se sentirem melhor com relação a si próprios (PENHOLLOW e YOUNG, 2004).

Furnham e Greaves (1994) descobriram algo interessante em sua pesquisa. Segundo os autores, os sujeitos que praticam exercícios físicos regularmente classificam-se como mais atraentes, confiantes, saudáveis e populares, e obtiveram escores significativamente maiores com relação à satisfação corporal quando comparados àqueles que não praticam exercícios.

Em um estudo nos Estados Unidos (KOFF e BAUMAN, 1997), com 140 mulheres universitárias, sugeriu-se que a prática de exercícios físicos capacita os participantes, fazendo-os se sentirem mais positivos com relação à sua saúde e bem estar geral, incluindo suas imagens corporais. De acordo com Penhollow e Young (2004), aqueles que se exercitam são mais susceptíveis a experimentar maior nível de satisfação e uma percepção positiva de si mesmos.

Como percebemos, através desses estudos, o exercício físico tem um papel importante nas pessoas com lesão medular, em especial pela questão de imagem corporal. Como sabemos, a lesão medular coloca o indivíduo em uma nova posição, de “andantes” eles passam a ser “cadeirantes” (segundo eles mesmos se intitulam). Com isso, sua imagem corporal é alterada e a auto-estima abalada. O exercício, além de proporcionar os encontros sociais como falamos acima, pode contribuir para uma percepção mais positiva em relação à imagem corporal das pessoas com lesão medular e com isso melhorar suas relações e sua sexualidade, pois também citamos a ação da atividade física na “atratividade” de seus praticantes. Pessoas mais atraentes, com maiores oportunidades sociais, podem aumentar sua prática sexual, sua estima sexual e até mesmo sua satisfação sexual.

– ESTUDO 2 –

Objetivo 1 – Descrever o perfil dos profissionais da saúde participantes do estudo

4.21. Resultados

No presente estudo objetivos descrever algumas características da população estudada – profissionais da saúde. Maiores detalhes podem ser vistos na tabela 99.

Tabela 99: Caracterização dos sujeitos de pesquisa – Estudo 2.

Formação	Sexo		Estado Civil				Idade	Tempo de Profissão
	Homem	Mulher	Sol	Cas	Sep	U.est		
Enfermagem	12,9%	87,1%	25,8%	48,4%	12,9%	12,9%	33	6
n=31	4	27	8	15	4	4	Q _{1/4} = 27 Q _{3/4} = 43	Q _{1/4} = 3 Q _{3/4} = 15
Fisioterapia	30,3%	69,7%	51,5%	33,3%	0	15,2%	29	7
n=33	10	23	17	11	0	5	Q _{1/4} = 24,5 Q _{3/4} = 33,5	Q _{1/4} = 3 Q _{3/4} = 10
Medicina	53,1%	46,9%	18,8%	65,6%	15,6%	0	41	4
n=32	17	15	6	21	5	0	Q _{1/4} = 28,25 Q _{3/4} = 52,75	Q _{1/4} = 2 Q _{3/4} = 22,5
Psicologia	8,3%	91,7%	30,6%	55,6%	5,6%	8,3%	37	6
n=36	3	33	11	20	2	3	Q _{1/4} = 26,25 Q _{3/4} = 47	Q _{1/4} = 1 Q _{3/4} = 21,5

Através dos dados apresentados na tabela 99 notamos que a grande maioria dos sujeitos do estudo é do sexo feminino. Além disso, há um grande desequilíbrio de sexo entre as categorias profissionais, exceto na categoria médica, onde o número de homens e mulheres é quase o mesmo.

Com relação ao estado civil dos sujeitos estudados, a maioria dos sujeitos em cada categoria é casada, exceto entre os profissionais de fisioterapia onde a maioria é solteira.

A mediana da idade dos sujeitos variou entre 29 e 41 anos, e o tempo de profissão foi homogêneo quando comparamos as medianas entre as categorias – variação de 4 a 7 anos de experiência profissional.

Objetivo 2 – Verificar o nível de conhecimento dos profissionais da saúde sobre a sexualidade na lesão medular

4.22. Resultados

A variável conhecimento medida através da seção 1 do instrumento, determinava escores que variavam de 14 a 56 pontos. Sendo que quanto maior a pontuação, maior o conhecimento sobre sexualidade.

Tabela 100: Conhecimento específico X Categorias profissionais.

CONHECIMENTO*					
Formação	Enfermagem	Fisioterapia	Medicina	Psicologia	Kruskal-Wallis
Score	32	33	34	35	$X^2 = 3,8$
	Q _{1/4} = 27 Q _{3/4} = 35	Q _{1/4} = 28 Q _{3/4} = 36	Q _{1/4} = 25,25 Q _{3/4} = 41	Q _{1/4} = 29,25 Q _{3/4} = 38,75	Sig = 0,284
n	31	33	32	36	132

* Pontuação mínima na escala = 14 pontos; Pontuação máxima = 56 pontos.

Como se pôde perceber na tabela 100 as quatro categorias profissionais pontuaram equilibradamente com relação ao conhecimento, com suas medianas variando entre 32 e 35 pontos, mais especificamente entre 57,1% e 62,5% de conhecimento. Através do teste Kruskal-Wallis verificou-se que não houve diferença significativa entre os grupos.

Objetivo 3 – Verificar a atitude dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular

4.23. Resultados

A variável **atitude** medida através da seção 4 do instrumento, determinava escores que variavam de 5 a 20 pontos. Sendo que quanto menor a pontuação, maior a atitude na temática da sexualidade na lesão medular.

Tabela 101: Nível de Atitude X Categorias profissionais.

ATITUDE*					
Formação	Enfermagem	Fisioterapia	Medicina	Psicologia	Kruskal-Wallis
Score	10	9	10	9	$X^2 = 3,83$
	Q _{1/4} = 8 Q _{3/4} = 11	Q _{1/4} = 7 Q _{3/4} = 10	Q _{1/4} = 8 Q _{3/4} = 10,75	Q _{1/4} = 7,75 Q _{3/4} = 10,25	Sig = 0,28
n	31	33	32	34	130

* Pontuação mínima na escala = 5 pontos; Pontuação máxima = 20 pontos.

Como se pôde perceber na tabela 101 as categorias profissionais que tiveram maior atitude frente às questões de sexualidade foram a Enfermagem e a Medicina, ambas com 10 pontos, ou seja, as duas categorias profissionais com maior atitude pontuaram apenas 50% do instrumento. Ao compararmos as 4 profissões, verificamos que não houve diferença significativa entre os grupos.

Objetivo 4 – Verificar o nível de conforto dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na temática da sexualidade após a lesão medular

4.24. Resultados

A variável **conforto** medida através da seção 2 do instrumento, determinava escores que variavam de 21 a 84 pontos. Sendo que quanto menor a pontuação, maior o conforto frente as situações sexuais encontradas após a lesão medular.

Tabela 102: Nível de Conforto X Categorias profissionais.

CONFORTO*					
Formação	Enfermagem	Fisioterapia	Medicina	Psicologia	Kruskal-Wallis
Score	38	40	41,5	32	$X^2 = 4,99$
	Q _{1/4} = 29 Q _{3/4} = 53	Q _{1/4} = 25,5 Q _{3/4} = 49,5	Q _{1/4} = 24,25 Q _{3/4} = 48	Q _{1/4} = 22,25 Q _{3/4} = 43	Sig = 0,172
n	31	33	32	36	132

* Pontuação mínima na escala = 21 pontos; Pontuação máxima = 84 pontos.

Através dos dados apresentados na tabela 102 percebemos que a categoria profissional com maior conforto foi a dos psicólogos, enquanto que a de maior desconforto foi a dos médicos. Embora houvesse uma maior variação de escores entre as categorias profissionais com relação ao conforto, ainda assim não houve diferença estatisticamente significativa entre elas (teste de Kruskal-Wallis).

Objetivo 5 – Verificar o nível de conforto dos profissionais da saúde frente à abordagem sexual dos pacientes após a lesão medular

4.25. Resultados

A variável **abordagem** medida através da seção 3 do instrumento, determinava escores que variavam de 5 a 20 pontos. Sendo que quanto menor a pontuação, maior o conforto frente as situações de abordagem sexuais do paciente após a lesão medular.

Tabela 103: Nível de conforto com a Abordagem X Categorias profissionais.

ABORDAGEM*					
Formação	Enfermagem	Fisioterapia	Medicina	Psicologia	Kruskal-Wallis
Score	16	17	16	13	$X^2 = 19,49$
	Q _{1/4} = 14 Q _{3/4} = 19	Q _{1/4} = 14,5 Q _{3/4} = 19,5	Q _{1/4} = 14 Q _{3/4} = 17	Q _{1/4} = 11 Q _{3/4} = 15,25	Sig = 0,0001
n	31	33	32	34	130

* Pontuação mínima na escala = 5 pontos; Pontuação máxima = 20 pontos.

Encontramos em nossos dados os psicólogos como os profissionais com maior conforto frente as abordagens dos pacientes, enquanto que os fisioterapeutas foram os profissionais com menor conforto. Ao comparamos as a categorias profissionais, vimos que o nível de conforto frente à abordagem dos pacientes foi maior para os psicólogos em relação aos demais profissionais ($p < 0,000$). É importante ressaltar que a pontuação máxima, ou seja, de maior desconforto com as abordagens dos pacientes era de 20 pontos. Sendo assim, o nível de desconforto de todas as categorias profissionais foi bastante alto (tabela 103).

4.26. Resultados Correlacionais

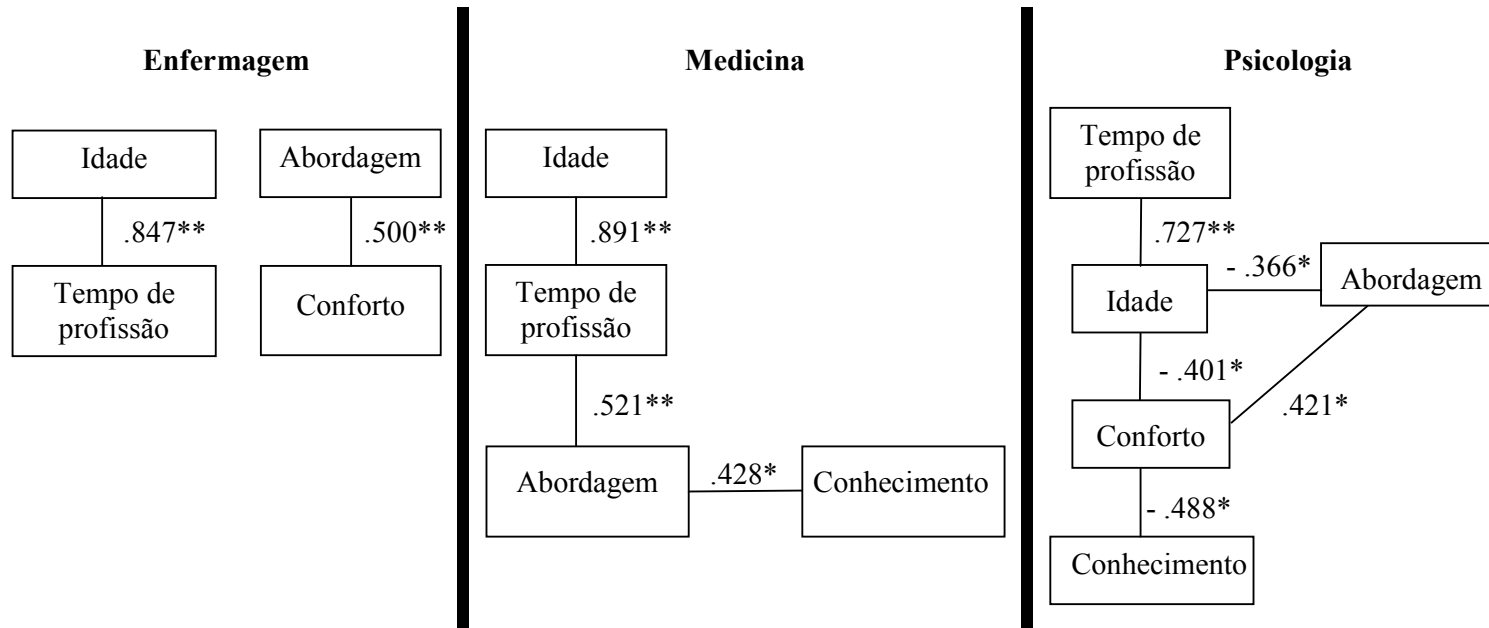
Correlações entre conhecimento, atitude, conforto, abordagem e categorias profissionais

Conforme apresentado na figura 8 percebemos que a categoria profissional com menor número de correlações foi a dos fisioterapeutas, enquanto a com maior número de correlações foi a dos psicólogos.

Na categoria dos enfermeiros o nível de conforto com a abordagem dos pacientes correlacionou-se positivamente com o nível de conforto na temática da sexualidade. Já na categoria dos médicos, o nível de conforto com a abordagem dos pacientes correlacionou-se positivamente com o nível de conhecimento sobre sexualidade dos profissionais.

Na categoria dos psicólogos, o nível de conforto com a abordagem dos pacientes correlacionou-se positivamente com o nível de conforto na temática da sexualidade – como na categoria dos enfermeiros – e também negativamente com a idade do profissional. O conforto com a temática da sexualidade também correlacionou-se negativamente com a idade do profissional e com o nível de conhecimento do mesmo.

Figura 8: Correlações¹ existentes nas diferentes categorias profissionais.



¹Teste de Spearmann

* correlação significativa (0,05)

** correlação significativa (0,01)

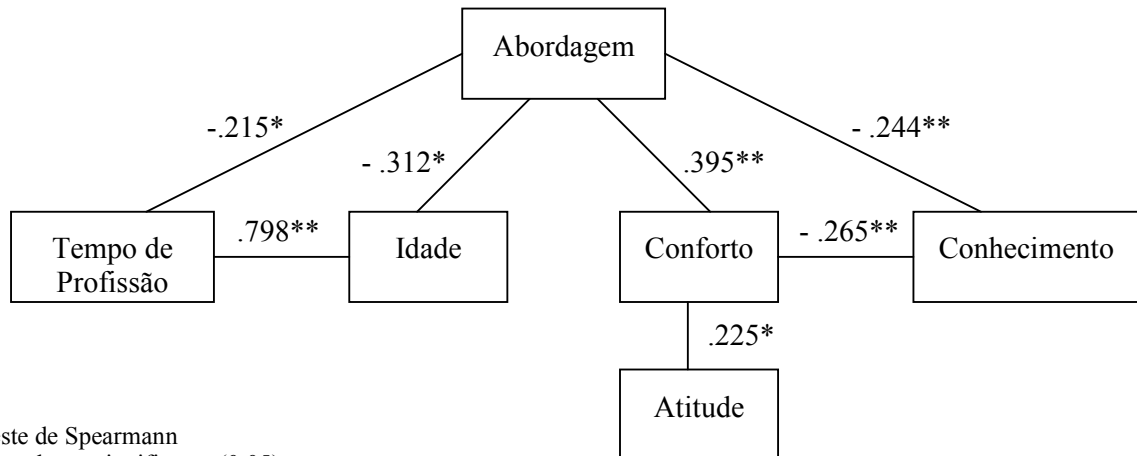
Correlações entre conhecimento, atitude, conforto, abordagem profissionais da saúde

Na figura 9 percebemos que o nível de conforto com a abordagem dos pacientes correlacionou-se com 4 outras variáveis: negativamente com a idade do profissional, tempo de profissão e nível de conhecimento; e positivamente com conforto com a temática da sexualidade.

O conforto com a temática da sexualidade ainda correlacionou-se com outras duas variáveis: nível de conhecimento sobre sexualidade (negativamente) e nível de atitude (positivamente).

Figura 9: Correlações¹ existentes entre todas as categorias profissionais.

Correlações Gerais



¹Teste de Spearman
* correlação significativa (0,05)
** correlação significativa (0,01)

4.27. Discussão

Em nosso estudo comparamos as 4 categorias profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e psicólogos) em relação ao conhecimento, conforto, atitude e abordagem de profissionais da saúde na temática da sexualidade após a lesão medular. Em relação ao conhecimento, à atitude e ao conforto frente às situações corriqueiras na sexualidade após a lesão medular, não houve diferença significativa entre as 4 categorias

profissionais. Porém, vimos que o nível de conforto frente à abordagem dos pacientes foi maior para os psicólogos em relação aos demais profissionais ($p < 0,000$).

Vimos que os profissionais de modo geral apresentaram níveis baixos de conhecimento sobre a sexualidade na lesão medular, já que seus escores ficaram entre 32-35 pontos (57,1% e 62,5%). A pontuação para a atitude dos profissionais da saúde também foi baixa: os escores ficaram entre 9-10 pontos (50%). Em relação ao conforto, os profissionais pontuaram entre 32-41,5 pontos, tendo como pontuação máxima 84 pontos (maior nível de desconforto), ou seja, sentiam-se ligeiramente mais confortáveis do que desconfortáveis com a temática da sexualidade. Destacamos ainda que os psicólogos foram os profissionais com maiores escores, portanto com maior conforto, enquanto os médicos tiveram o menor conforto do estudo. Sobre a abordagem, os profissionais de modo geral sentiram-se confortáveis.

Em relação ao nível de conhecimento de profissionais da saúde, Booth et al (2003), em estudo com 90 participantes (4 médicos, 57 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 1 auxiliar de fisioterapia, 3 terapeutas ocupacionais, 1 auxiliar de terapia ocupacional, 3 assistentes sociais e 15 participantes de projetos vinculados à reabilitação) encontraram mais de dois terços da amostra (67%) com pouco ou nenhum conhecimento sobre o tema da sexualidade após a lesão medular. No estudo de Molloy e Herold (1985) com 226 participantes divididos em 74 médicos, 107 enfermeiros e 45 terapeutas (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) avaliados em 15 itens referentes ao conhecimento, pelo menos 60% dos enfermeiros e 60% dos terapeutas responderam com precisão a três itens. Em comparação, os médicos foram mais entendidos, uma vez que pelo menos 60% deste grupo respondeu corretamente sete dos itens sobre conhecimento. No entanto, muitos dos terapeutas (51%), indicaram que a sua formação profissional tinha sido adequada. Uma proporção significativamente maior de terapeutas tinha freqüentado oficinas sobre sexualidade e deficiência física. Além disso, vários dos terapeutas tiveram acesso a literatura sobre sexualidade e deficiência. Os autores acrescentam que 91% de seus 226 participantes acreditam que mais programas sobre sexualidade e pessoas com deficiência devem ser colocados à disposição dos profissionais de saúde.

Em relação à formação profissional o estudo de Molloy e Herold (1985) não encontrou diferenças significativas entre os grupos profissionais. Todas as categorias profissionais concordaram fortemente (95%) que a sua formação não tinha fornecido um conhecimento adequado sobre a sexualidade e o deficiente físico. Sessenta por cento concordaram que a sua formação não lhes tinha dado habilidades de comunicação que lhes permitissem discutir com

os seus pacientes preocupações relacionadas com a sexualidade. Novak e Marlys (1988) compararam enfermeiros (n = 76) e terapeutas ocupacionais (n = 74) e constataram que os enfermeiros receberam mais treinamento e foram mais freqüentemente envolvidos em aconselhamento sexual do que os terapeutas ocupacionais. Haboubi e Lincoln (2003) realizaram um grande estudo (n = 813) incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais britânicos. Eles descobriram que os terapeutas tinham recebido menos formação, tinham níveis mais baixos de conforto, e eram menos dispostos a discutir questões sexuais do que os médicos e enfermeiros, enquanto que os médicos discutiam questões sexuais com significativamente mais freqüência que os outros profissionais.

Um questionário aplicado com 224 profissionais de reabilitação nos Países Baixos revelou que a maioria dos profissionais reconhecia que o tema da sexualidade pertence à sua categoria profissional: 93% do grupo de médicos, psicólogos e assistentes sociais, 87% dos enfermeiros, e 48% do grupo de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Uma grande maioria, 71-92%, no entanto, afirmou precisar de mais treinamento nesta área (GIANOTTEN et al, 2003).

Em relação à atitude dos profissionais Booth et al (2003) encontraram alguns participantes de seu estudo concordando que uma pessoa com lesão medular teria dificuldade em encontrar um parceiro (32,2%). Um membro da equipe médica do mesmo estudo também acreditava que as pessoas com lesão medular eram menos atraentes, incapazes de serem sexualmente excitadas e menos propícias a terem filhos. Ainda no mesmo estudo, a fim de identificar possíveis diferenças comportamentais, os profissionais foram questionados se as suas respostas teriam sido diferentes para indivíduos sem deficiência física em cada um dos itens de atitude, porém os resultados mostram que a maioria dos profissionais não fez discriminação de itens entre os indivíduos com e sem lesão medular.

Sobre o aconselhamento sexual como ferramenta de trabalho, no estudo de Molloy e Herold (1985), todos os grupos discordaram fortemente da afirmação que sugeriu que os membros da sua profissão não devem se envolver com aconselhamento sexual para deficientes físicos. A maioria concordou que a sexualidade deve ser tratada como parte importante de todo o problema do paciente. Cerca de 50% indicaram que iriam lançar perguntas sobre a sexualidade, ao invés de esperar que seus próprios pacientes com deficiência física o fizessem. A grande maioria (88% ou mais) de cada grupo profissional concordou que a sexualidade é uma dimensão importante dos cuidados de saúde para o deficiente físico.

Ainda referente ao estudo de Molloy e Herold (1985) apenas 9% dos enfermeiros e 14% dos terapeutas disseram perguntar sobre a vida sexual de todos ou alguns de seus pacientes, em comparação com dois terços dos médicos (66,6%) que disseram fazê-lo. No estudo dos mesmos autores, os participantes foram questionados muito superficialmente se forneciam aconselhamento sexual, e por isso uma porcentagem alta de profissionais disse fornecê-lo. No entanto, quando os respondentes foram questionados acerca de aspectos específicos do aconselhamento sexual, a proporção que indicou tê-lo feito caiu acentuadamente. Esta tendência foi especialmente verdadeira para os itens que eram explicitamente sexuais e envolviam aconselhamento para o parceiro do paciente.

Em relação ao conforto dos profissionais da saúde, segundo Booth et al (2003) mais de 25% da equipe interdisciplinar de seu estudo relatou níveis de desconforto variando de médio a elevado ao lidar com a imagem corporal do paciente (33,0%), preferência sexual (26,4%) e pornografia (27,5%). Por outro lado mais de 60% dos profissionais relataram desconforto nulo sobre o questionamento dos pacientes em ter filhos (63,7%), dor do parceiro (61,5%), atratividade (61,5%), atitude (62,6%) e colocação do cateter (61,5%). Nesse mesmo estudo houve algumas diferenças nos níveis de conforto entre os grupos de profissionais. Por exemplo, a situação de um paciente ter uma ereção durante mudanças de cateter foi essencialmente desconfortável (desconforto médio ou elevado) para a equipe de saúde (50%) ao contrário da equipe de enfermagem (5%).

Em relação à abordagem, no estudo de Booth et al (2003), abordagens pessoais para a equipe, tais como tocar (90,1%), abordagem pessoal para sexo (55,0%) e perguntas sobre encontros pessoais (51,7%) criaram um grau de desconforto entre médio e alto para mais de 50% dos profissionais. Masturbação do paciente (61,6%) ou atos sexuais (70,4%) foram também consideradas situações que provocaram desconforto variando entre médio e alto para a maioria da equipe profissional. Interessante que no mesmo estudo, apesar da falta de conforto expressada em relação a lidar com abordagens pessoais dos clientes, mais de 60% da amostra declarou sentir-se informada para lidar com cada uma dessas situações. Voluntários e profissionais aliados da saúde sentiram mais desconforto (médio a alto) relacionado à masturbação (80% e 86% respectivamente) e atos sexuais (80% e 93% respectivamente), enquanto que mais enfermeiros sentiram desconforto entre médio e alto ao tocar o cliente (95%).

Em relação às barreiras levantadas pelos profissionais da saúde na abordagem da sexualidade, no estudo de Humphrey e Nazareth (2001) as mais comumente citadas incluíam preocupações sobre os seus próprios conhecimentos e competências especializadas na área da sexualidade, temores acerca da abertura dada ao paciente e constrangimentos pessoais. Um outro estudo, de Stokes e Mears (2000) com 234 enfermeiros, identificou obstáculos semelhantes, incluindo a falta de tempo, falta de formação/treinamento e preocupações sobre não ser capaz de lidar com as questões levantadas pelo paciente. Um estudo com enfermeiros acrescentou que os mesmos só discutiam assuntos referentes à saúde sexual se elas fossem iniciadas pelos pacientes (Wilson e Williams, 1988), portanto a iniciativa também foi uma barreira encontrada. Gott et al (2004) indicaram que a saúde sexual representa um tema muito difícil para profissionais o abordarem de forma pró ativa dentro de consultas em cuidados primários. Os participantes de seu estudo identificaram obstáculos como pressões de tempo, complexidade e falta de formação/treinamento. Barreiras particulares também foram identificadas para discutir questões sexuais com pacientes do gênero oposto, pacientes negros e de grupos étnicos minoritários, pacientes de meia idade e idosos, e pacientes não-heterossexuais.

Alguns estudos objetivaram avaliar a eficácia de treinamentos sobre a educação e o tratamento sexuais para profissionais da saúde, como foi o caso de Fronek et al (2005). O treinamento dos pesquisadores objetivou melhorar o conhecimento, o conforto (geral e pessoal) e as atitudes da equipe profissional. Quarenta e quatro membros da equipe profissional participaram de um dia de treinamento, enquanto 45 deles serviram como grupo de controle e não receberam treinamento. Utilizando a Escala de Conhecimento, Conforto, Abordagem e Atitudes em relação à Sexualidade (KCAASS, Kendall, et al., 2003), os autores descobriram que os profissionais que participaram do programa de treinamento mostraram uma melhora significativa nas áreas de Conhecimento ($\chi^2 = 46,141$, $p < 0,001$), Conforto ($\chi^2 = 23,338$, $p < 0,001$), Abordagem ($\chi^2 = 23,925$, $p < 0,001$) e Atitude ($\chi^2 = 15,235$, $p < 0,001$), em relação à sexualidade entre as pessoas com lesão medular, ao contrário daqueles do grupo de controle. Estes resultados foram mantidos três meses depois do treinamento, o que sugere que um único dia de treinamento pode ter um impacto significativo sobre a educação sexual para profissionais que lidam com a lesão medular. No estudo de Post et al (2008), também com avaliações pré e pós-treinamento, com 283 participantes (14,3% médicos, 14% fisioterapeutas, 13,7% terapeutas ocupacionais, 10,2% psicólogos e assistentes sociais, 35,2% enfermeiros e 12,6% de outras categorias profissionais) os médicos melhoraram em todas as subescalas do KCAASS ao passo que os fisioterapeutas não mostraram qualquer alteração. Terapeutas ocupacionais melhoraram em Conhecimento e Abordagem, psicólogos/assistentes

sociais e enfermeiros melhoraram apenas em Conhecimento, e o grupo de outras categorias profissionais melhorou em Conhecimento, Conforto, e Abordagem.

Psicólogos/assistentes sociais obtiveram escores mais elevados em Conhecimento, Conforto e Abordagem e terapeutas ocupacionais atribuíram os escores mais baixos nestas seções. A seção de Atitude mostrou um padrão diferente, com psicólogos e assistentes sociais obtendo os escores mais baixos e terapeutas ocupacionais e enfermeiros obtendo os mais elevados. As pontuações médias dos médicos foram semelhantes àquelas do grupo como um todo. Para Conforto, psicólogos/assistentes sociais atribuíram escores mais elevados do que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, e médicos atribuíram escores mais elevados do que fisioterapeutas. Para Abordagem, psicólogos/ assistentes sociais, enfermeiros, e outras categorias profissionais atribuíram escores mais elevados do que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (POST et al, 2008).

Ao final desse estudo, vimos que os profissionais da saúde, embora lidem frequentemente com questões da sexualidade, não estão preparados devidamente para isso. Tanto em relação ao conforto, à abordagem, ao conhecimento ou ainda à atitude, as quatro categorias profissionais precisam de incremento. Os estudos que apresentamos mostram que desde muito cedo houve preocupação em melhorar a qualidade dos serviços de aconselhamento sexual, e que essa falta de preparo não é uma exclusividade dos profissionais brasileiros.

Em um primeiro momento, aprofundar os conhecimentos sobre a sexualidade humana e sua diversidade é fundamental. Também em relação à fisiologia da lesão medular se faz necessário aprofundamento teórico. Com essas duas medidas os profissionais poderão trabalhar os aspectos da sexualidade que não sofreram ação direta da lesão medular, como é o caso do desejo sexual, da excitação sexual, da satisfação sexual. Sabendo que as fantasias, e a sensibilidade remanescentes podem levar a pessoa com lesão medular ao orgasmo, ou algo semelhante, os profissionais poderão instruir seus pacientes a alcançar o ajustamento sexual tão procurado por eles e seus parceiros. A orientação familiar também é outro ponto que precisa ser trabalhado: os familiares, ou cuidadores, precisam saber que embora a pessoa com lesão medular inicialmente precise de ajuda/amparo nas suas funções, não significa que ela esteja infantilizada e por isso assexuada. Propiciar à pessoa com lesão medular liberdade e privacidade é um passo importante para a construção de uma nova forma de vivenciar a sexualidade que inicialmente pode ser trabalhada de forma individual, através de toques íntimos, estimulação genital, etc. O ajustamento sexual e a adaptação sexual, só ocorrerão com trabalho simultâneo entre o profissional, esclarecendo, orientando, ensinando, e a pessoa com lesão medular, praticando, explorando, questionando.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção da vida sexual depois de uma lesão medular revelou-se uma prioridade para muitas pessoas de nosso estudo. Lembramos que nossos achados referiram-se às percepções dos participantes obtidas por meio da técnica de auto-relato, a qual produz dados subjetivos e que, apesar de suas limitações, é a metodologia que vem sendo utilizada nas pesquisas anteriores na área da sexualidade humana. Além disso, houve uma grande dificuldade em encontrar pessoas com lesão medular, em especial mulheres. As poucas oportunidades sociais e profissionais disponíveis a essas pessoas dificultaram o acesso a elas e a interação social com as mesmas.

Primeiramente, analisando os participantes a partir dos critérios perfil “sexual” e perfil “romântico”, percebemos que a importância dada ao sexo foi um dos responsáveis por maior busca por sexo e também por maior prática sexual nos homens. Além disso, encontramos algo interessante: o nível de ajuste sexual mostrou-se atrelado à importância dada ao sexo, enquanto o nível de aconselhamento sexual mostrou-se atrelado à importância dada ao amor. Isso nos permitiu aventar que para a adequação ao sexo o quanto o sujeito valoriza o sexo é o mais importante. Já para os participantes mais românticos, o aconselhamento sexual foi muito presente. Talvez participantes mais românticos fossem mais permissivos à proximidade e intimidade necessária para um bom aconselhamento sexual.

Também vimos que os participantes que antes da lesão medular gostavam mais de sexo, davam importância ao sexo e o praticavam frequentemente, após a lesão, resgataram seus comportamentos prévios, ou seja, criaram oportunidades sexuais, buscaram parceiros e praticaram sexo com relativa frequência (embora menor do que antes da lesão medular).

Vimos ainda que houve diminuição da satisfação sexual nos homens e mulheres de nosso estudo após a lesão medular, porém nos homens, essa diminuição foi muito acentuada e significativa estatisticamente. Entre as mulheres alguns autores destacaram que a diminuição da satisfação sexual estava vinculada à atitude indiferente do parceiro em relação ao sexo,

problemas médicos decorrentes da lesão medular, falta de privacidade, presença do cuidador, tabus culturais e a preparação necessária para o sexo. Entre os homens, os aspectos responsáveis pela diminuição da satisfação sexual foram um pouco diferentes. Alguns autores listaram a falta de parceiros, a imobilidade causada pela lesão, a dificuldade para atingir o orgasmo, e a dificuldade em conseguir e manter a ereção. Percebemos claramente que os homens sentem falta da resposta sexual típica que conheciam pré-lesão.

O desejo sexual dos homens de nosso estudo foi afetado negativamente, pois entre eles houve diminuição do desejo após a lesão. Já entre as mulheres houve incremento do desejo. Alguns estudos mostraram que a diminuição do desejo sexual do parceiro era um dos principais responsáveis pela diminuição do desejo em homens após a lesão medular. Como eram estudos baseados em auto-relato, pode-se pensar que a percepção dos homens pudesse estar alterada em virtude da nova condição física, onde a insegurança é muito presente e a modificação da imagem corporal, assim como da mobilidade e da capacidade física, refletem sentimentos de impotência para os homens.

A resposta sexual masculina e feminina também foi afetada grandemente pela lesão medular. Entre as mulheres, embora a lubrificação e o tempo de lubrificação tenham diminuído com a lesão, elas não aderiram ao uso de lubrificantes vaginais. Entre os homens vimos que a lesão também fez com que a ereção e o tempo de ereção diminuíssem, porém eles incrementaram o uso de artifícios para alcance e manutenção da ereção. Percebemos com isso algo que a literatura por vários anos tem afirmado: a centralização da sexualidade dos homens no pênis, enquanto nas mulheres o mesmo não ocorre com a vagina. Em pessoas com lesão medular, isso precisa ser trabalhado, afinal a exploração de áreas sensíveis, além da peniana, pode ser o meio necessário para se conseguir o orgasmo ou uma sensação muito semelhante a ele. Vimos também entre os homens que o orgasmo, a intensidade do orgasmo e ainda a excitação sexual diminuíram significativamente após a lesão. Entre as mulheres o orgasmo não era tão comum pré-lesão e acabou diminuindo mais após a lesão. Já a excitação sexual aumentou após a lesão. Isso pode ter ocorrido por que a excitação sexual psicogênica independe da lesão, mas depende dos pensamentos e fantasias da mulher, que não sofreram restrições com a lesão medular.

Nossos achados mostraram que o aconselhamento sexual em nível adequado atingiu poucas pessoas. Também vimos que os parceiros receberam menor atenção ainda. Porém, o interesse da população com lesão medular em receber os aconselhamentos foi muito grande, assim como sua certeza de que poderiam ter uma vida sexual melhor a partir disso. Através de nossas correlações vimos que há verdade nessa perspectiva deles: as pessoas que receberam maiores níveis de aconselhamento sexual também declararam maior nível de ajuste e

adaptação sexuais. Entre os participantes ajustados sexualmente percebemos a forte interferência da vivência sexual após a lesão medular. Seja através da frequência sexual ou com parceiros diferentes, vimos que a experiência aliada ao tempo foi importante para o ajuste dos homens e das mulheres. Além disso, a importância dada ao sexo assim como o liberalismo sexual e religioso foram fortes aliados para o ajuste e para a adaptação sexuais.

Pudemos perceber também que as avaliações das pessoas com lesão medular utilizadas até o momento, classificando os participantes por suas limitações motoras e sensitivas, não permitiram o entendimento claro das diferenças referentes à sexualidade de homens e mulheres. A sexualidade compreende diversos núcleos (resposta, desejo, satisfação, prática, orientação) que sofrem influências de diferentes esferas, não somente da esfera biológica, a qual analisamos e não encontramos diferenças entre os grupos de nosso estudo. Acreditamos que as diferenças possam estar acontecendo nas esferas psicológicas, sociais, culturais que não foram controladas em nosso trabalho, como por exemplo, no status pessoal (auto-estima) e social do indivíduo. Afinal pessoas com o mesmo tipo e nível de lesão medular (esfera biológica igual) podem não se ajustar sexualmente, ou não se satisfazerem como outros sujeitos com mesma característica física.

O exercício físico também teve um papel importante nas pessoas com lesão medular, em especial pela questão da imagem corporal. Como sabemos, a lesão medular coloca o indivíduo em uma nova posição: “cadeirantes” (segundo eles mesmos se intitulam). Com isso, sua imagem corporal é alterada e a auto-estima abalada. O exercício, além de proporcionar encontros sociais, pode contribuir para uma percepção mais positiva em relação à imagem corporal e com isso melhorar as relações sociais e também a sexualidade. Pessoas com maiores oportunidades sociais podem aumentar sua prática sexual, sua estima sexual e até mesmo sua satisfação sexual.

Ao final de nosso estudo, vimos que os profissionais da saúde, embora lidem frequentemente com questões da sexualidade, não estão preparados devidamente para isso. Não importa se em relação ao conforto, à abordagem, ao conhecimento ou ainda à atitude, as quatro categorias profissionais (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e psicólogos) precisam de incremento. Em um primeiro momento, aprofundar os conhecimentos sobre a sexualidade humana e sua diversidade é fundamental. Também em relação à fisiologia da lesão medular se faz necessário aprofundamento teórico.

De modo geral, vimos que a limitação física e as mudanças fisiológicas trazidas pela lesão medular alteram grandemente a sexualidade. Essas limitações fazem com que seja necessária uma ampla exploração de diferentes recursos simbólicos e eróticos em termos de

situações, contextos e oportunidades para ampliar o desejo e a gratificação sexual para além da sensibilidade genital. Talvez modificar a percepção do sexo como exclusivamente genital seja o primeiro passo para a reabilitação sexual de lesionados medulares, além da oportunidade de praticá-lo como se fosse qualquer outro tradicional recurso de reabilitação. A importância de se explorar fantasias sexuais, em especial entre as pessoas que demonstram valorizar mais o sexo (como foi o caso dos homens de nosso estudo) e também entre as pessoas mais liberais religiosa e sexualmente (como foi o caso das mulheres de nosso estudo) é um ponto chave para o início do aprendizado sexual. A prática sexual acabará sendo modificada pela mudança no posicionamento do participante (seja ele mulher ou homem), porém novas experiências precisam ser exploradas para que o desejo sexual possa ser despertado novamente. Vimos também que as oportunidades foram determinantes de desejo sexual maior, ou seja, é preciso restabelecer a vida social das pessoas que gostavam de vida social. Propiciar momentos de fantasia, aliados a práticas adaptadas às novas condições pode ser um início para despertar o desejo sexual de homens, mulheres e seus parceiros. Respeitar o que se gostava de fazer e receber antes da lesão medular é fundamental, pois a orientação sexual dos sujeitos não será afetada pela lesão medular, embora a execução do que se pretende possa estar limitada pela lesão medular.

Como tentativa de melhorar a resposta sexual, aspecto mais afetado pela lesão medular, reafirmamos a importância de trabalhar as fantasias de homens e mulheres, fugindo da genitalidade. Através delas a excitação pode ser conseguida em algum nível. Caso essa excitação sexual não seja suficiente para a prática sexual (ereção e lubrificação), os sujeitos se sentirão mais estimulados a procurarem auxílio para as disfunções. Trabalhar as áreas que os próprios participantes declararam ser prazerosas (em nosso estudo, todas elas foram acima da lesão) pode ser o início para a descoberta de sensações orgásticas. Além disso, trabalhar na população masculina a descentralização peniana no sexo pode ser difícil, porém muito enriquecedor para o relacionamento sexual, pois qualquer perda de ereção acabará não gerando tanto desequilíbrio psicológico nem tanta frustração. Quando se entra no sexo com mais a oferecer do que simplesmente penetração, as opções para uma resposta positiva são muito maiores.

A falta de privacidade, assim como a presença do cuidador podem ser um incômodo às pessoas com lesão medular, mostrando que não há um preparo adequado desse profissional. Respeitar a individualidade do lesionado medular, assim como possibilitar a ele uma vida normal é função do profissional que acompanha o caso. Da mesma forma, a preparação prévia para o sexo, independente da situação física, revela-se necessária. Certamente as necessidades de uma pessoa com lesão medular são diferentes, mas precisam ser encaradas como rotineiras

e feitas da forma mais discreta e individual possível (se assim for a vontade da pessoa). Parece-nos que uma comunicação aberta, tanto entre parceiros, quanto entre paciente-profissional, associada há à honestidade mútua sobre o sexo, pode ser o princípio para uma vida sexual satisfatória.

Sugere-se que os profissionais da saúde e conselheiros sexuais trabalhem os aspectos da sexualidade que não sofreram ação direta da lesão medular, como é o caso do desejo sexual, da excitação sexual, da satisfação sexual. Sabendo que as fantasias, e a sensibilidade remanescentes podem levar a pessoa com lesão ao orgasmo, ou algo semelhante, os profissionais poderão instruir seus pacientes a alcançar o ajustamento sexual tão procurado por eles e seus parceiros. Melhorar o conteúdo dos aconselhamentos é função do profissional da saúde e certamente esses conteúdos precisam ser revistos, assim como a profundidade dos temas abordados. Entretanto, inevitavelmente eles precisam acontecer e preferencialmente no período pós-internação hospitalar, pois será o período onde o paciente experimentará o sexo novamente e as dúvidas surgirão nesse momento. A orientação familiar também é outro ponto que precisa ser trabalhado: os familiares, ou cuidadores, precisam saber que embora a pessoa com lesão medular inicialmente precise de ajuda/amparo nas suas funções, não significa que ela esteja infantilizada e por isso assexuada. Propiciar à pessoa com lesão medular liberdade e privacidade é um passo importante para a construção da nova sexualidade que inicialmente poderá ser trabalhada de forma individual, através de toques íntimos, estimulação genital, etc. O ajustamento sexual e a adaptação sexual só ocorrerão com trabalho simultâneo entre o profissional (esclarecendo, orientando, ensinando) e a pessoa com lesão medular (praticando, explorando, questionando).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdo C. **Descobrimento sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004.
2. Alexander CJ, Sipski ML, Findley TW. Sexual activities, desire and satisfaction in males pré and post-spinal cord injury. **Arch Sex Behav**.1993;22:217–228
3. Alves AS, Guedes MHD, Alves VLR. Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. **Acta Fisiátrica**. 1999; 6(1): 6-9.
4. Atrice M, Morrison S, McDowell S, Shandalov B. Lesão Medular Traumática. In: Umphred D. **Reabilitação Neurológica**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.
5. Baker R. **Sperm wars: the science of sex**. New York: Harper Collins Publishers Ltd, 1996.
6. Berkman AH, Weissman R, Frielich MH. Sexual Adjustment of Spinal Cord Injured Veterans Living in the Community. **Arch Phys Med Rehabil**. 1978; 59 (1): 29-33.
7. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female Sexual Dysfunction: Incidence, Pathophysiology, Evaluation, and Treatment Options. **Urology**. 1999; (54): 385-391.
8. Brown JD, Lawton M. Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. **Journal of Human Stress**, 1986; 12 (3), 125-31.
9. Bock A, Furtado O, Teixeira ML. **Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
10. Booth S, Kendall M, Fronek P, Miller D, Geraghty T. Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment. **Sexuality and Disability**. 2003; 21(4):249-261.

11. Burchiel KJ, Burns AS. Pain, Spasticity, and Bladder and Sexual Function after Spinal Cord Injury. **Spine**. 2001; 26(24): 161.
12. Burt AA. The epidemiology, natural history and prognosis of spinal cord injury. **Current Orthopaedics**, 2004; 18: 26-32.
13. Butcher JE. Adolescent girls' sex role development: Relationship with sports participation, self-esteem, and age at menarche. **Sex Roles**, 1989; 20, 575-593.
14. Cash TF, Winstead BA, Janda LH. The great American shape- up. **Psychology Today**, 1986; 30-37.
15. Cardoso FL. **O que é orientação sexual**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1996.
16. Cardoso FL. O Conceito de "Orientação" Sexual na Encruzilhada entre Sexo, Gênero e Motricidade: O Conceito de "Orientação Sexual". **R. interam. Psicol.** 2008; 42(1): 24p.
17. Cardoso FL. **Male sexual behavior in Brazil, Turkey and Thailand among middle and working social class**. Unpublished Ph.D. theses in Human Sexuality, The Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco, California, USA, 2004.
18. Cole TM, Cole SS. Reabilitação de Problemas da Sexualidade nas Incapacidades Físicas. Capítulo 47. In: Kottke FJ, Lehmann JF. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. 4. ed, v. 2, São Paulo: Manole, 1994.
19. Courtois FJ, Goulet MC, Charvier KF, Leriche A. Posttraumatic erectile potential of spinal cord injured men: how physiologic recordings supplement subjective reports. **Arch Phys Med Rehabil**. 1999; 80(10): 1268-1272.
20. Chivers J ,Mathieson S. Training in Sexuality and Relationships: An Australian Model. **Sexuality and Disability**. 2000; 18 (1): 73-80.
21. Dean RC, Lue TF. Physiology of Penile Erection and Pathophysiology of Erectile Dysfunction. **Urol Clin North Am**. 2005; 32 (4): 379-v.

22. Defino HLA. **Trauma Raquimedular**. In: Simpósio Trauma II, Capítulo II. Ribeirão Preto: 32: 388-400, out./dez. 1999.
23. Delisa JA. **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. 3. ed. v.2. São Paulo: Manole, 2002.
24. Doretto D. **Fisiopatologia Clínica do Sistema Nervoso**. Fundamentos da Semiologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
25. Fahey M. Spinal shock: a nurse's perspective. **Journal of Orthopaedic Nursing**. 2002; 6: 18–22.
26. Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
27. Ferreiro-Velasco ME, Barca-Buyo A, De la Barrera SS, Montoto-Marqués A, Vázquez XM, Rodríguez-Sotillo A. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. **Spinal Cord**. 2005; 43(1): 51-55.
28. Fisher TL, Laud PW, Byfield MG, Brown TT, Hayat JM, Fiedler IG. Sexual Health After Spinal Cord Injury: A Longitudinal Study. **Arch Phys Med Rehabil**. 2002; 83: 1043-1051.
29. Frauman DC. The relationship between physical exercise, sexual activity, and desire for sexually activity. **The Journal of Sex Research**, 1982; 18, 41-46.
30. Freud S. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 1 CD-ROM.
31. Fronek P, Booth S, Kendall M, Miller D, Geraghty T. The Effectiveness of a Sexuality Training Program for the Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team. **Sexuality and Disability**. 2005; 23(2):51-63.
32. Furnham A, Greaves N. Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. **European Journal of Personality**, 1994; 8 (3), 183 – 200.
33. Gerber J, Johnson J, Bunn J, O'Brien S. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. **Fertility and Sterility**, 2005; 83(3), 643-648.

34. Gianotten, W.L., Bender, J.L., Post, M.W.M., Hoëing, M.: Training in sexology for medical and paramedical professionals: a model for the rehabilitation setting. **Sex. Relat. Ther.** 2006; 21, 303–317.
35. Gibbons JL, Lynn M. Cross-national gender differences in adolescents' preferences for free-time activities. **Cross-Cultural Research**, 1997; 31 (1), 55-69.
36. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1995.
37. Gill KM, Hough S. Sexuality Training, Education and Therapy in the Healthcare Environment: Taboo, Avoidance, Discomfort or Ignorance? **Sexuality and Disability**. 2007; 25:73-76.
38. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. **Family Practice** 2004; 21(5): 528-536.
39. Gregersen E. **Práticas Sexuais: a história da sexualidade humana**. São Paulo: Roca, 1983.
40. Guyton AC. **Neurociência Básica: Anatomia e Fisiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
41. Guyton AC, Hall JE. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
42. Haboubi NH., Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. **Disabil. Rehabil.** 2003; 25, 291–296.
43. Halstead LS, Halstead MG, Salhoot JT, Stock DD, Sparks RW. Sexual attitudes, behavior and satisfaction for able-bodied and disabled participants attending workshops in human sexuality. **Arch Phys Med Rehabil**. 1978; 59: 497-501.
44. Haavio-Mannila E, Kontula O. Correlates of Increased Sexual Satisfaction. **Archives of Sexual Behavior**. 1997; 26(4): 399-419.
45. Hite S. **Women and love: a cultural revolution in progress**. New York: Alfred Knopf, 1987.

46. Humphrey S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. **Fam Pract** 2001; **18**: 516–518.
47. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil: 1980-2050 - **Estimativas das Populações Residentes em 01.07.2006**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2006/. Acesso em: 29 jan. 2007.
48. Ide M, Ogata H. Sexual activities and concerns in persons with spinal cord injuries. **Paraplegia**. 1995; 33(6): 334-7.
49. Ishibashi RAS, Olivieri FLD, Costa VSP. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**. 2005; 7(1): 65-68.
50. Jackson AB, Wadley V. Multicenter Study of Women's Self-Reported Reproductive Health After Spinal Cord Injury. **Arch Phys Med Rehabil**. 1999; 80: 1420-1428.
51. Jackson SA, Marsh HW. Athletic or antisocial? The female sport experience. **Journal of Sport Psychology**, 1986; 8, 198 – 211.
52. Jaffee L, Manzer R. Girl's perspectives: Physical activity and self-esteem. **Melpomene Journal**, 1992; 11(3), 14-23.
53. Kandeel FR, Koussa VKT, Swerdloff RS. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. **Endocrine Reviews**. 2001; 22(3): 342-388.
54. Kellett J M. Sexual expression in paraplegia: is possible and should be encouraged. **BMJ**. 1990; 301 (3): 1007-1008.
55. Kendall M, Booth S, Fronek P, Miller D, Geraghty T. The Development of a Scale to Assess the Training Needs of Professionals in Providing Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury. **Sexuality and Disability**. 2003; 21(1):49-64.
56. Kingsley RE. **Manual de Neurociência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

57. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. **Sexual behavior in the human male.** Philadelphia: Saunders Company, 1948.
58. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. **Sexual behavior in the human female.** Philadelphia: Saunders Company, 1953.
59. Koff E, Bauman CL. Effects of wellness, fitness, and sport skills programs on body image and lifestyle behaviors. **Percept Mot Skills**, 1997; 84, 555-562.
60. Koivula, N. Sport participation: Differences in motivation and actual participation due to gender typing. **Journal of Sport Behavior**, 1999; 22, 360-381.
61. Kreuter M, Sullivan M, Siösteen A. Sexual Adjustment and Quality of Relationships in Spinal Paraplegia: A Controlled Study. **Arch Phys Med Rehabil.** 1996; 77: 541-548
62. Ku JH, Oh S-J, Jeon HG, Shin H-I, Paik N-J, Yoo T, Kim SW. Sexual activity in Korean male patients on clean intermittent catheterization with neurogenic bladder due to spinal cord injury. **International Journal of Urology.** 2006; 13(1): 42.
63. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. **The social organization of sexuality: sexual practices in the United States.** United States: Chicago, 1994.
64. Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR. Physical attractiveness, physical effectiveness, and self concept in late adolescents. **Adolescenc**, 1976; (11), 313-32.
65. Lianza S, Casalis MEP, Greve JMA, Eichberg R. A Lesão Medular. In: Lianza S. **Medicina de Reabilitação.** 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
66. Loyola MAA. **Sexualidade nas Ciências Humanas.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.
67. Luft PC. **Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Scipione, 1984.
68. Mannocci JF. **Disfunções Sexuais: abordagem clínica e terapêutica.** São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p.17-27.
69. Machado A. **Neuroanatomia Funcional.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

70. Marsh HW, Jackson SA. Multidimensional self-concepts, masculinity, and femininity as a function of women's involvement in athletics. **Sex Roles**, 1986; 15, 391-415.
71. Masini M. Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**. 12 (2): 97-100, 2001.
72. Masters WH, Johnson VE. **A Resposta Sexual Humana**. 1. ed. São Paulo: Roca, 1984. p. 3-7.
73. Master WH, Johnson VE. **Human sexual response**. Great Britain: Little Brown; 1966.
74. McAlonan S. Improving sexual rehabilitation services: the patient's perspective. **Am J Occup Ther**. 1996; 50(10): 826-834.
75. McCabe MP, Taleporos G. Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. **Archives of Sexual Behavior**. 2003; 32(4): 359-369.
76. Miller E. Clinical Issues: **Sexuality and SCI: The Missing Links**. Disponível em: <http://www.unitedspinal.org/publications/process/2007/03/08/clinical-issues-sexuality-and-sci-the-missing-links/>. Acesso em: 14 Jun 2008.
77. Miller WC, Curt A, Elliott S, Hsieh JTC, Mortenson WB, Noonan V, Noreau L, Orenczuk S, Sawatzky B, Steeves J, Wilkinson S, Wolfe DL (2006). **Outcome Measures**. In: Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Aubut J, Abramson C, Hsieh JTC, Connolly S, editors. **Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence**. Vancouver, p 22.1-22.89.
78. Molloy GL, Herold ES. Sexual Counselling for the Physically Disabled: A Comparison of Health Care Professionals' Attitudes and Practices. **Can Fam Physician**. 1985; 31:2277-2286.
79. Money J. **Lovemaps: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia, and Gender Transposition in Childhood, Adolescence, and Maturity**. New York: Irvington, 1986.
80. Money J. **Gay, Straight, and In-Between: The Sexology of Erotic Orientation**. New York: Oxford University Press, 1988.

81. Monga M, Bernie J, Rajasekaran M. Male infertility and erectile dysfunction in spinal cord injury: a review. **Arch Phys Med Rehabil.** 1999; 80: 1331-1339.
82. Muraro RM. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil.** Petrópolis: Vozes, p.120, 1983.
83. Novak PP, Marlys MM. Professional involvement in sexuality counseling for patients with spinal cord injuries. **Am. J. Occup. Ther.** 1988. 42, 105–112 (1988)
84. Palmer ML, Toms JE. **Treinamento Funcional dos Deficientes Físicos.** São Paulo: Manole, 1988.
85. Parker E. *The phallus palace.* Los Angeles: Dean Kotula, 2002.
86. Phelps G, Brown M, Chen J, Dunn M, Lloyd E, Stefanick M L, Davidson J M, Perkash I. Sexual Experience and Plasma Testosterone Levels in Male Veterans After Spinal Cord Injury. **Arch Phys Med Rehabil.** 1983; 64(2): 47-52.
87. Phelps J, Albo M, Dunn K, Joseph A. Spinal Cord injury and Sexuality in Married or Partnered Men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. **Archives of Sexual Behavior.** 2001; 30 (6): 591-602.
88. Penhollow TM, Young M Sexual desirability and sexual performance: Does exercise and fitness really matter? **Electronic Journal of Human Sexuality,** 2004; 7(5).
89. Peretti AA. Importância da Sexualidade na Vida do Ser Humano. **Barbarói.** Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia: Universidade de Santa Cruz do Sul. 2003; (18): 7-16.
90. Pluhar E, Frongillo EA, Stycos JM, Dempser-Mcclain D. Understanding the relationship between religion and the sexual attitudes and behaviors of college students. **Journal of sex education and therapy.** v. 23, p: 288-296, 1998.
91. Post MWM, Gianotten WL, Heijnen L, Hille Ris Lambers EJ, Willems M. Sexological Competence of Different Rehabilitation Disciplines and Effects of a Discipline-specific Sexological Training. **Sexuality and Disability** 2008; 26:3-14.

92. Reis RS, Petroski EL, Lopes AS. Medidas da Atividade Física: Revisão de Métodos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. 2000; 2(1): 89-96.
93. Reitz A, Burgdörfer H, Schurch B. The impact of spinal cord injury on sexuality and reproduction. **Urology A**. 2004; 43(1): 52-63.
94. Rudio FV. **Introdução ao projeto de pesquisa**. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
95. Salimene ACM. **Sexo: caminho para a reabilitação**. São Paulo: Cortez, 1995.
96. SARAHA – Rede de Hospitais de Reabilitação. **Lesão Medular – Principais causas de Lesão Medular traumática**. Disponível em: WWW.SARAH.BR. Acesso em: 29/11/06.
97. Santa Inez AL. **Pesquisa acerca dos hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros**. São Paulo: Cultrix, 1983.
98. Sanvito WL. **Propedêutica Neurológica Básica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
99. Saulino MF, Vaccaro AR. Rehabilitation of persons with spinal cord injury. eMedicine Specialities - Orthopedic Surgery - **Spine**, 2006. Disponível em: <www.emedicine.com/orthoped/topic425.htm.> Acesso em: 27 jul 2007.
100. Savall ACR. Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano. **Reabilitação sexual para homens com lesão medular adquirida: da auto-adaptação sexual à intervenção terapêutica**. Florianópolis, 2008. 415f. Dissertação (Mestrado). UDESC – Centro de Ciências da Saúde e do Esporte.
101. Sekhon LHS, Fehlings MG. Epidemiology, Demographics and Pathophysiology of Acute Spinal Cord Injury. **Spine**, v.26, n. 24s, p. s2-s12, 2001.
102. Sene MO. **Efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular Sobre o Gasto Energético de Lesados Medulares**. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-01092003110729/publico/TDE_MarcelaOliveiraSene.pdf. Acesso em: 11 jul. 2005.
103. Serapião JJ. Aspectos da Sexualidade Feminina. Capítulo 4. In: Rubinstein I. **Urologia Feminina**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p.39-46

104. Singh R, Sharma SC. Sexuality and Women with Spinal Cord Injury. **Sexuality and Disability**. 2005; 23 (1): 21-33.
105. Siosteen A, Lundqvist C, Blomstrand C, Sullivan L, Sullivan M. Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as part of adjustment in spinal cord-injured subjects. **Paraplegia**. 1990; 28(5): 285-95.
106. Sipski ML. **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.
107. Sipski ML. Future Options for Improving Sexual Satisfaction in Persons with Spinal Cord Injury. **Top Spinal Cord Inj Rehabil**, 2000; 6 (suppl): 148-154.
108. Sipski ML. The impact of spinal cord injury on female sexuality, menstruation and pregnancy: a review of the literature. **J Am Paraplegia Soc**. 1991; 14(3): 122-126.
109. Sipski ML. Sexual response in women with spinal cord injury: neurologic pathways and recommendations for the use of electrical stimulation. **J Spinal Cord Med**. 2001; 24(3):155-158.
110. Sipski ML, Alexander C. Sexualidade e Incapacidade Física. In: **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática**. 3. ed. v. 2. São Paulo: Manole, 2002.
111. Sipski, ML, Alexander CJ. Sexual activities, response and satisfaction in women pre- and postspinal cord injury. **Arch Phys Med Rehabil**. 1993;74:1025–1029.
112. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Physiologic parameters associated with psychogenic sexual arousal in women with complete spinal cord injuries. **Arch Phys Med Rehabil**. 1995^a;76:811–818.
113. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Orgasm in women with spinal cord injuries: A laboratorybased assessment. **Arch Phys Med Rehabil**. 1995^b;76:1097–1102.
114. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Orgasm in Women With Spinal Cord Injuries: A Laboratory-Based Assessment. **Arch Phys Med Rehabil**. 1995^c; 76: 1097-1102.

115. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Physiological Parameters Associated With the Performance of a Distracting Task and Genital Self-Stimulation in Women With Complete SCI. **Arch Phys Med Rehabil.** 1996; 77: 419-424.
116. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Physiologic parameters associated with sexual arousal in women with incomplete spinal cord injuries. **Arch Phys Med Rehabil.** 1997; 78:305–313.
117. Sjogren K, Egberg K. The sexual experience in younger males with complete spinal cord injury. **Scand J Rehabil Med.** 1983;(suppl):189–194.
118. Stokes T, Mears J. Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. **Br J Fam Plann** 2000; 26: 89–92.
119. Szasz G, Carpenter C. Clinical observations in vibratory stimulation of the penis of men with spinal cord injury. **Archives of Sexual Behavior.** 1989; 18 (6): 461-474.
120. Taleporos G, McCabe MP. Physical Disability and Sexual Esteem. **Sexuality and Disability.** 2001; 19(2): 131-148.
121. Taylor D. A comparison of college athletic participants and nonparticipants on self-esteem. **Journal of College Student Development,** 1995; 36, 444-451.
122. Tepper MS. Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. **Sexuality and Disability.** 1992; 10(1): 15-31.
123. THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL AND MAGEE REHABILITATION. **Spinal Cord Injury Manual,** 2001; 44p.
124. Valtonen K, Karlsson AK, Siösteen A, Dahlöf LG, Viikari-Juntura E. Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. **Disability and Rehabilitation,** 2006; 28(16): 965-976.
125. Vaughan SC. O Não Declarado Mais Secreto e Mais Obscuro: Gênero, Sexualidade e Trauma no Curso da Vida. Capítulo 4. In: Kay J, Tasman A, Lieberman JA. **Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos.** São Paulo: Manole, 2002. p. 74-93.

126. Vieira LHCN. Articulando Gênero, Sexualidade e Subjetividade. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC: Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 1997; 15(21): 71-90.
127. Viveiros R. Assessoria de Imprensa da AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente. **Acidente com arma de fogo ainda é a primeira causa de lesão medular**. Disponível em: http://www.aacd.org.br/voce_imprensa.asp?sublink2=12&conteudo_id=575. Acesso em: 20 nov. 2006.
128. Zwerner J. Yes we have troubles but nobody's listening: Sexual issues of women with spinal cord injury. **Sexuality and Disability**. 1982; 5(3): 158-171.
129. Weil P, Tompakow R. **O Corpo Fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 52 ed. São Paulo: Vozes, 2001. p10-12.
130. Westgren N, Hultling C, Levi R, Seiger A, Westgren M. Sexuality in women with traumatic spinal cord injury. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 1997; 76(10): 977-983.
131. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Broton JG, Duncan RC, Yeziarski RP. Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. **Arch Phys Med Rehabil**. 1999; 80: 580-586.
132. Wilson ME, Williams HA. Oncology nurses' attitudes and behaviours related to sexuality of patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 1988; **15**: 49-52.
133. Wilkins JA, Boland FJ, Albinson J. A comparison of male and female university athletes and nonathletes on eating disorder indices: Are athletes protected? **Journal of Sport Behavior**. 1991; 14, 129-143.
134. White J, Case D, McWhirter D, Mattison A. Enhanced sexual behavior in exercising men. **Archives of Sexual Behavior**, 1990; 19 (3), 193-209.
135. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. **Archive for Sexology. Technical Report Series** 1975; (572): 11p.
136. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICF: International Classification of Functioning and Disability**. Geneva, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A



Nº de Identificação: _____

Anamnese

1) Sexo:

- 0. () Homem
- 1. () Mulher

2) Idade: (em anos) _____

3) Em qual País você mora?

- 0. () Angola
- 1. () Brasil
- 2. () Cabo Verde
- 3. () Guiné-Bissau
- 4. () Moçambique
- 5. () Portugal
- 6. () São Tomé e Príncipe
- 7. () Timor Leste

4) Se no Brasil, em qual estado você mora?

- 0. () Acre
- 1. () Alagoas
- 2. () Amapá
- 3. () Amazonas
- 4. () Bahia
- 5. () Ceará
- 6. () Distrito Federal
- 7. () Espírito Santo
- 8. () Goiás
- 9. () Maranhão
- 10. () Mato Grosso
- 11. () Mato Grosso do Sul
- 12. () Minas Gerais
- 13. () Pará
- 14. () Paraíba
- 15. () Paraná
- 16. () Pernambuco
- 17. () Santa Catarina
- 18. () Rio de Janeiro
- 19. () Rio Grande do norte
- 20. () Rio Grande do sul
- 21. () Rondônia
- 22. () Roraima
- 23. () Piauí
- 24. () São Paulo
- 25. () Sergipe
- 26. () Tocantins

5) Qual a sua profissão: _____

6) Quantas vezes por semana você pratica **atividade física ou **esportiva**?**

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

7) Qual o seu grau de **escolaridade?**

- 0. () 1ª a 4ª série
- 1. () 5ª a 8ª série
- 2. () 2º grau incompleto
- 3. () 2º grau completo
- 4. () 3º grau incompleto
- 5. () 3º grau completo
- 6. () Especialização
- 7. () Mestrado
- 8. () Doutorado

8) Dos itens abaixo listados, quantos você tem em casa (na casa que você reside)?

TV a cabo
Carro
Computador
Ar condicionado

- 0. () Nenhum deles.
- 1. () Apenas um deles.
- 2. () Dois deles.
- 3. () Três deles.
- 4. () Todos eles.

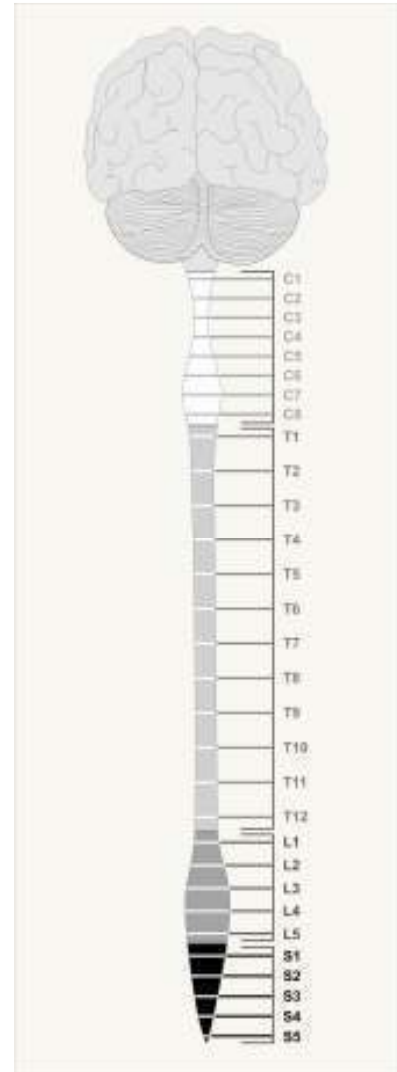
9) Cor da pele:

0. () Amarela
1. () Branca
2. () Negra
3. () Parda
4. () Outra. Qual? _____

10) Tempo de lesão medular (em anos): _____

11) Causa da lesão medular:

0. () acidente de trânsito
1. () quedas
2. () esportes
3. () mergulhando em águas rasas
4. () arma de fogo
5. () acidente de trabalho
6. () arma branca (faca...)
7. () outros. Qual? _____



12) Nível Neurológico da lesão medular:

Como preencher:

Utilize a figura acima como auxílio!

Para preencher corretamente essa questão, marque todos os níveis medulares comprometidos na sua lesão. Se no seu diagnóstico a lesão é C4-C7, então você deverá marcar um X nos níveis C4, C5, C6 e C7.

Se a sua lesão medular ocorreu em dois locais, por exemplo, T1-T4 e T11-L1, então você deverá marcar um X sobre todos os segmentos envolvidos. Sua marcação será dessa forma: T1, T2, T3 e T4, e também T11, T12 e L1.

Nível da Lesão	
0. ()	C1
1. ()	C2
2. ()	C3
3. ()	C4
4. ()	C5
5. ()	C6
6. ()	C7
7. ()	C8
8. ()	T1
9. ()	T2
10. ()	T3
11. ()	T4
12. ()	T5
13. ()	T6
14. ()	T7
15. ()	T8

Nível da Lesão	
16. ()	T9
17. ()	T10
18. ()	T11
19. ()	T12
20. ()	L1
21. ()	L2
22. ()	L3
23. ()	L4
24. ()	L5
25. ()	S1
26. ()	S2
27. ()	S3
28. ()	S4
29. ()	S5
30. ()	Cauda equina



Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM)

Aline Knepper Mendes & Fernando Luiz Cardoso, 2007.

13) Sua lesão é do tipo:

- 0. () Não sei
- 1. () Não diagnosticada
- 2. () Incompleta
- 3. () Completa

Lesão medular incompleta: é aquela que preserva alguma sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) abaixo do nível da lesão.

Lesão medular completa: é quando **não** há qualquer sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) preservados abaixo do nível da lesão.

14) Você Conhece a avaliação de LM da ASIA (*American Spinal Injury association*)? Qual a sua classificação segundo a ASIA?

- 0. () Não conheço a classificação ASIA
- 1. () ASIA A – LM Completa
- 2. () ASIA B – LM Incompleta
- 3. () ASIA C – LM Incompleta
- 4. () ASIA D – LM Incompleta

15) Estado civil **antes** da LM:

- 0. () solteiro(a)
- 1. () casado(a)
- 2. () separado(a)
- 3. () viúvo(a)
- 4. () união estável

16) Estado civil **depois** da LM:

- 0. () solteiro(a)
- 1. () casado(a)
- 2. () separado(a)
- 3. () viúvo(a)
- 4. () união estável

17) Em termos de **RELIGIOSIDADE**, como você se considera?

Conservador(a)				Mediano(a)			Liberal			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18) Como você se auto-avaliaria em termos de **SEXUALIDADE**?

Conservador(a)				Mediano(a)			Liberal			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19) Quanto você acha o **SEXO** importante?

Nada importante	Pouco importante			Importante			Muito importante			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20) Quanto você acha o **AMOR** importante?

Nada importante	Pouco importante			Importante			Muito importante			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SEXUALIDADE ANTES DA LESÃO MEDULAR – MASCULINO

Prática Sexual

21) Você tinha **vida sexual ativa** (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) antes da LM?

0. () não
1. () sim

22) Quanto **tempo** de **vida sexual ativa** (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) antes da LM? (em anos) _____

23) Com que **idade** você teve a **primeira relação sexual** (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) **com um parceiro(a)**? _____ 0. () Não teve relação com parceiro(a).

24) Quantos(as) **parceiros(as) sexuais** diferentes você teve antes da LM? _____ (em média caso não saiba ao certo)

25) Antes da LM quais das atividades abaixo você **realizava**?

	Nunca realizava	Realizava pouco			Realizava moderadamente			Realizava Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

26) Quais das atividades abaixo **você percebia** que seu(sua) parceiro(a) mais gostava de receber antes da sua LM?

	Não gostava	Gostava pouco			Gostava moderadamente			Gostava Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

27) Qual era a sua **freqüência sexual** (em média) antes da LM?

- | | |
|---------------------------------|---|
| 0. () Menos de 1vez por semana | 4. () 4 vezes por semana |
| 1. () 1 vez por semana | 5. () 5 vezes por semana |
| 2. () 2 vezes por semana | 6. () 6 vezes por semana |
| 3. () 3 vezes por semana | 7. () 7 vezes por semana (todos os dias) |

Orientação Sexual

28) Você gostava de **ter muitos(as) parceiros(as) sexuais** antes da LM?

Não gostava	Gostava pouco			Gostava moderadamente			Gostava muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

29) Como você considerava a sua **vontade de fazer sexo** antes da LM?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade moderada			Muita vontade			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30) Antes da LM, quais das atividades abaixo você **gostava** que seu(sua) parceiro(a) fizesse em você?

	Não gostava	Gostava pouco			Gostava moderadamente			Gostava Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Satisfação Sexual

31) Quanto **satisfeito(a) sexualmente** você se sentia antes da LM?

Nada	Pouco satisfeito(a)			Moderadamente satisfeito(a)			Muito satisfeito(a)			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Resposta Sexual

32) Quanto **excitável** você se sentia antes da LM?

Nada Excitável	Pouco excitável			Moderadamente excitável			Muito excitável			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

33) Antes da LM você tinha **ereção espontânea** antes do ato sexual?

Não tinha	Tinha pouca			Tinha moderadamente			Tinha muita			Tinha sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

34) Quanto **tempo** durava a sua **ereção** antes da LM?

Não tinha	Pouco tempo			Tempo médio			Muito tempo			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

35) Você **utilizava** algo artificial (medicamentos, prótese, bomba de vácuo, anel peniano, etc) para **manter/ter ereção** antes da LM?

Não usava	Usava pouco			Usava freqüentemente			Usava muito			Usava sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

36) Antes da LM você conseguia ejetar?

Não	Conseguia pouco			Conseguia freqüentemente			Conseguia muito			Conseguia sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37) Antes da LM você conseguia **chegar ao orgasmo**?

Não	Conseguia pouco			Conseguia freqüentemente			Conseguia muito			Conseguia Sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

38) Você consegue dizer qual a **intensidade do seu orgasmo** Antes da LM?

Nenhum	Fraco			Médio			Forte			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

39) Antes da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe **traziam prazer** (marque um X sobre o número)?

	Nenhum prazer	Pouco Prazer			Médio Prazer			Muito prazer			
Boca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Barriga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ânus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coxas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orelhas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pênis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Testículos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nádegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SEXUALIDADE DEPOIS DA LESÃO MEDULAR – MASCULINO

Prática Sexual

40) Você tem **vida sexual ativa** (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) atualmente?

2. () não

3. () sim

41) Quanto **tempo** de **vida sexual ativa** (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) após a LM? (em anos) _____

42) Quantos(as) **parceiros(as) sexuais** diferentes você teve após a LM? _____ (em média caso não saiba ao certo)

43) Atualmente, você acha que é possível fazer **sexo sem penetração**?

0. () não

1. () sim

44) Atualmente quais das atividades abaixo você **realiza**?

	Nunca realizo	Realizo pouco			Realizo moderadamente			Realizo Muito			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45) Quais das atividades abaixo **você percebe** que seu(sua) parceiro(a) mais gosta de receber atualmente?

	Não gosta	Gosta pouco			Gosta moderadamente			Gosta Muito			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

46) Qual é a sua **freqüência sexual** (em média) após a LM?

0. () Menos de 1vez por semana 4. () 4 vezes por semana
1. () 1 vez por semana 5. () 5 vezes por semana
2. () 2 vezes por semana 6. () 6 vezes por semana
3. () 3 vezes por semana 7. () 7 vezes por semana (todos os dias)

Orientação Sexual

47) Você gosta de **ter muitos(as) parceiros(as) sexuais** atualmente?

Não	Gosto pouco			Gosto			Gosto muito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

48) Como você considera a sua **vontade de fazer sexo** após a LM?

Nenhuma	Pouca vontade			Vontade moderada			Muita vontade			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

49) Atualmente, quais das atividades abaixo você **gosta** que seu (sua) parceiro(a) faça em você?

	Não gosto	Gosto pouco			Gosto moderadamente			Gosto Muito			
Beijos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abraços	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo oral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação c/ vibrador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Intercurso pênis / vagina (penetração)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Toques íntimos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estimulação manual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo anal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Satisfação Sexual

50) Quanto **satisfeito(a) sexualmente** você se sente após a LM?

Nada	Pouco satisfeito(a)			Moderadamente satisfeito(a)			Muito satisfeito(a)			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Resposta Sexual

51) Quanto **excitável** você se sente após a LM?

Nada excitável	Pouco excitável			Moderadamente excitável			Muito excitável			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

52) Após a LM você tem **ereção espontânea** antes do ato sexual?

Não tenho	Tenho pouca			Tenho moderadamente			Tenho muita			Tenho sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

53) Quanto **tempo** dura a sua **ereção** após a LM?

Não tenho	Pouco tempo			Tempo médio			Muito tempo			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54) Atualmente você **utiliza** algo artificial (medicamentos, prótese, bomba de vácuo, anel peniano, etc) para **manter/ter ereção**?

Não uso	Uso pouco			Uso frequentemente			Uso muito			Uso sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55) Atualmente você consegue ejacular?

Não	Consigo pouco			Consigo frequentemente			Consigo muito			Consigo sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

56) Depois da LM você consegue **chegar ao orgasmo**?

Não	Consigo pouco			Consigo freqüentemente			Consigo muito			Consigo sempre
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

57) Você consegue dizer qual a **intensidade do seu orgasmo** após a LM?

Nenhum	Fraco			Médio			Forte			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

58) Depois da LM, quais as regiões do seu corpo que lhe **trazem prazer** (marque um X sobre o número)?

	Nenhum prazer	Pouco prazer			Médio Prazer			Muito prazer			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Boca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pescoço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Barriga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ânus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coxas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orelhas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pênis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Testículos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nádegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Perna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Aconselhamento Sexual

59) Você recebeu algum tipo de **orientação** ou **aconselhamento sexual** após a LM?

Nada		Pouco			Moderado			Muito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

60) Se **NÃO**, você aceitaria receber orientação ou aconselhamento sexual **após** a LM (se não tivesse custo financeiro)?

0. () não
1. () sim

61) E seu(sua) **parceiro(a)**, recebeu algum tipo de **aconselhamento sexual**?

11. () Não tenho parceiro ou Não sei.

Nada		Pouco			Moderado			Muito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

62) Você acha que algum tipo de **orientação** melhoraria a qualidade da sua vida sexual?

Não		Melhoraria Pouco			Melhoraria Moderadamente			Melhoraria Muito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ajuste Sexual

63) Quanto você acha que se **ajustou sexualmente em termos físico** (capacidade de realizar o que se pretende, fisicamente, no sexo) após a LM?

Nada		Pequeno ajuste			Médio ajuste			Grande ajuste		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

64) Quanto você acha que se **ajustou sexualmente em termos psicológico** (auto-estima, estima sexual, auto confiança, segurança...) após a LM?

Nada		Pequeno ajuste			Médio ajuste			Grande ajuste		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

65) Quanto você acha que se **adaptou sexualmente** após a lesão medular (em termos gerais, ou seja, pensando no aspecto físico e emocional)?

Nada		Pouca adaptação			Média adaptação			Grande adaptação		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE B

Escala de Conhecimento, Conforto, Abordagem e Atitudes sobre Sexualidade - KCAASS

(M. Kendall, S. Booth, P. Fronek, D. Miller, T. Geraghty)

Dados Gerais:

1) Idade: _____

2) Sexo:

a) 0. () Homem b) 1. () Mulher

3) Estado Civil:

- a) 0. () Solteiro
 b) 1. () Casado
 c) 2. () Separado
 d) 3. () Viúvo
 e) 4. () União Estável

4) Escolaridade:

- a) 0. () 3º grau incompleto
 b) 1. () 3º grau completo. Ano de conclusão? _____
 c) 2. () Especialização. Qual área? _____
 d) 3. () Mestrado. Qual área? _____
 e) 4. () Doutorado. Qual área? _____

5) Sua graduação é em:

- a) 0. () Fisioterapia
 b) 1. () Enfermagem
 c) 2. () Psicologia
 d) 3. () Medicina

Caro Participante na próxima etapa você deverá marcar um “X” sobre a resposta de sua escolha.

Por favor, não deixe de responder nenhuma das questões. Obrigado por sua participação!

SEÇÃO 1: CONHECIMENTO

Indique em uma escala de 1(nenhum conhecimento) a 4 (excelente conhecimento), seu nível atual de conhecimento sobre os tópicos abaixo nas pessoas c/ lesão medular.

	Nenhum conhecimento	Pouco conhecimento	Bom conhecimento	Excelente conhecimento
Anatomia e fisiologia sexuais	1	2	3	4
Posições sexuais na Lesão Medular	1	2	3	4
Cuidados com a bexiga durante a atividade sexual	1	2	3	4
Dispositivos acessórios e medicamentos para conseguir ereções	1	2	3	4
Procedimentos de fertilidade	1	2	3	4
Contracepção masculina e feminina	1	2	3	4
Sexualidade adolescente	1	2	3	4
Lidar com pessoas que tenham preferências sexuais diferentes das suas	1	2	3	4
Mudança na auto-percepção da identidade sexual da pessoa com lesão medular (auto-estima, imagem corporal e sexualidade)	1	2	3	4
Encontros amorosos	1	2	3	4
Comunicação nos relacionamentos	1	2	3	4
Controlar comportamentos impróprios	1	2	3	4
Métodos de aconselhamento sexual	1	2	3	4
Métodos profissionais para trabalhar com reabilitação sexual	1	2	3	4

SEÇÃO 2: CONFORTO

Avalie, em uma escala de 1(nenhum desconforto) a 4 (alto desconforto), o quanto você se sentiria desconfortável em cada situação citada.

	Nenhum desconforto	Baixo desconforto	Médio desconforto	Alto desconforto
Você está mudando um cateter (ou observando a mudança) e o paciente tem uma ereção.	1	2	3	4
Um paciente tem uma crise de choro no banho e diz: “eu não sou mais um homem”.	1	2	3	4
Um paciente masculino pergunta: “Eu poderei ter uma ereção?”.	1	2	3	4
Um paciente masculino, tetraplégico, pergunta: “Eu ainda posso fazer sexo?”.	1	2	3	4
Uma paciente feminina pergunta: “eu poderei ter um orgasmo outra vez?”.	1	2	3	4
Um paciente masculino pergunta: “Eu ainda poderei ter filhos?”.	1	2	3	4
Uma paciente feminina pergunta: “O que eu farei com meu cateter durante o sexo?”	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “O que acontece se eu tiver perda de fezes durante o sexo?”	1	2	3	4
O parceiro do paciente pergunta: “eu poderei machucá-lo (a) durante o sexo?”.	1	2	3	4
Uma paciente feminina pergunta: “Por que eu estou tão ‘seca’ durante o sexo?”.	1	2	3	4
Uma paciente feminina diz: “Eu gosto de ficar por cima, mas minhas pernas não me seguram”.	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “você acha que alguém sairá comigo?”.	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “Eu nunca fiz sexo antes - com o que isso se parece?”.	1	2	3	4
Um paciente diz: “nenhum de meus amigos sairia com alguém em uma cadeira de rodas”.	1	2	3	4
Um paciente pede informação sobre homossexuais e lesão medular.	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “quando eu posso ver filmes pornográficos?”.	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “Como eu dou prazer ao meu parceiro se eu não posso tocá-lo(a)?”.	1	2	3	4
Um paciente tetraplégico diz: “Eu tentei fazer sexo, mas me sinto como um pedaço de carne”.	1	2	3	4
Um paciente diz: “eu não posso sentir mais nada, então qual é o sentido?”.	1	2	3	4
Um paciente diz: “Eu quero fazer sexo, mas meu parceiro perdeu o interesse. O que eu poderia fazer?”.	1	2	3	4
Um paciente pergunta: “Meu parceiro vai continuar ligado/aceso (sexualmente)?”.	1	2	3	4

SEÇÃO 3: ABORDAGEM

Avalie, em uma escala de 1(nenhum desconforto) a 4 (alto desconforto), o quanto você se sentiria desconfortável em cada situação citada.

	Nenhum desconforto	Baixo desconforto	Médio desconforto	Alto desconforto
Você entra em um quarto e vê um paciente se masturbando.	1	2	3	4
Você entra em um quarto e vê um paciente e seu parceiro em uma brincadeira sexual.	1	2	3	4
Um paciente convida você para um encontro.	1	2	3	4
Um paciente pega o seu seio ou outra parte íntima.	1	2	3	4
Um paciente diz: “Vamos fazer isso (algo sobre sexo)? Eu tenho uma cama de casal!”	1	2	3	4

SEÇÃO 4: ATITUDE

Leia as sentenças e indique o quanto você concorda com cada uma delas, em uma escala de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente).

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
Pessoas com lesão medular não devem se preocupar com sexo, pois não podem sentir qualquer coisa.	1	2	3	4
Pessoas com lesão medular têm que procurar muito para encontrar um parceiro sexual.	1	2	3	4
Pessoas com uma inabilidade física não são sexualmente interessantes para os outros.	1	2	3	4
Pessoas com lesão medular não podem ser sexualmente despertados (excitados).	1	2	3	4
Pessoas com lesão medular não devem esperar que seja possível ter filhos.	1	2	3	4

Obrigado por sua participação!

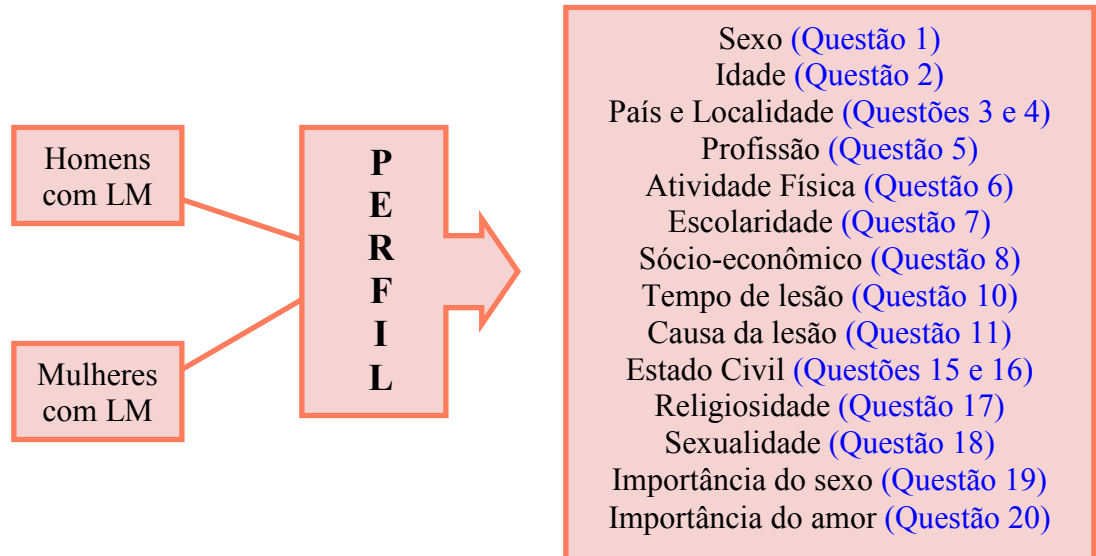
Se você desejar alguma informação, por favor, entre em contato:

alinekm@gmail.com

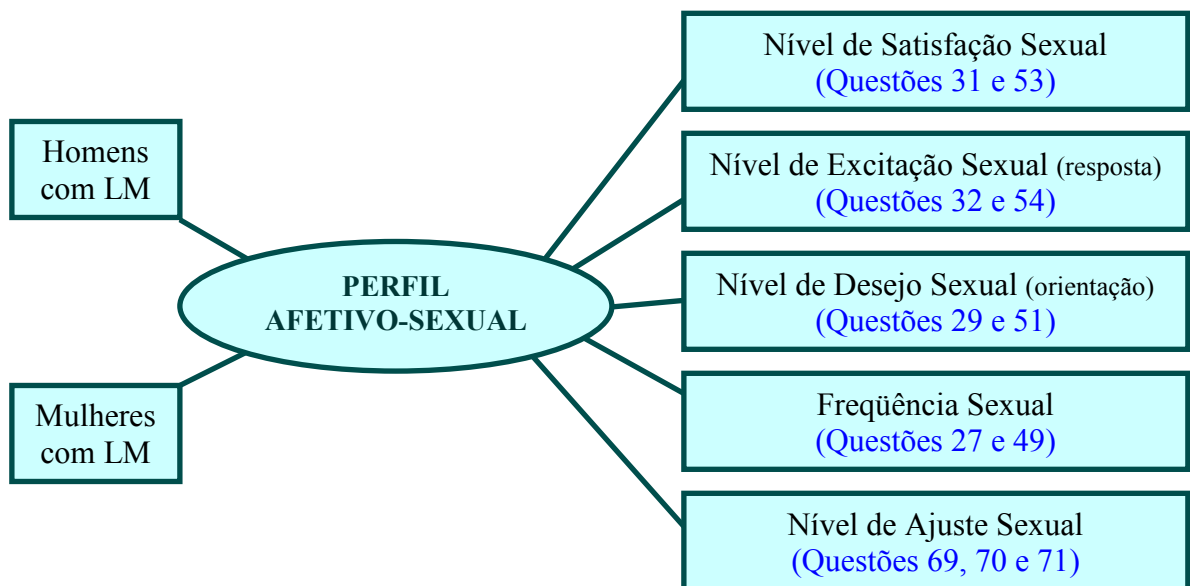
APÊNDICE C

Organização dos Objetivos Específicos baseados no Instrumento QSH-LM

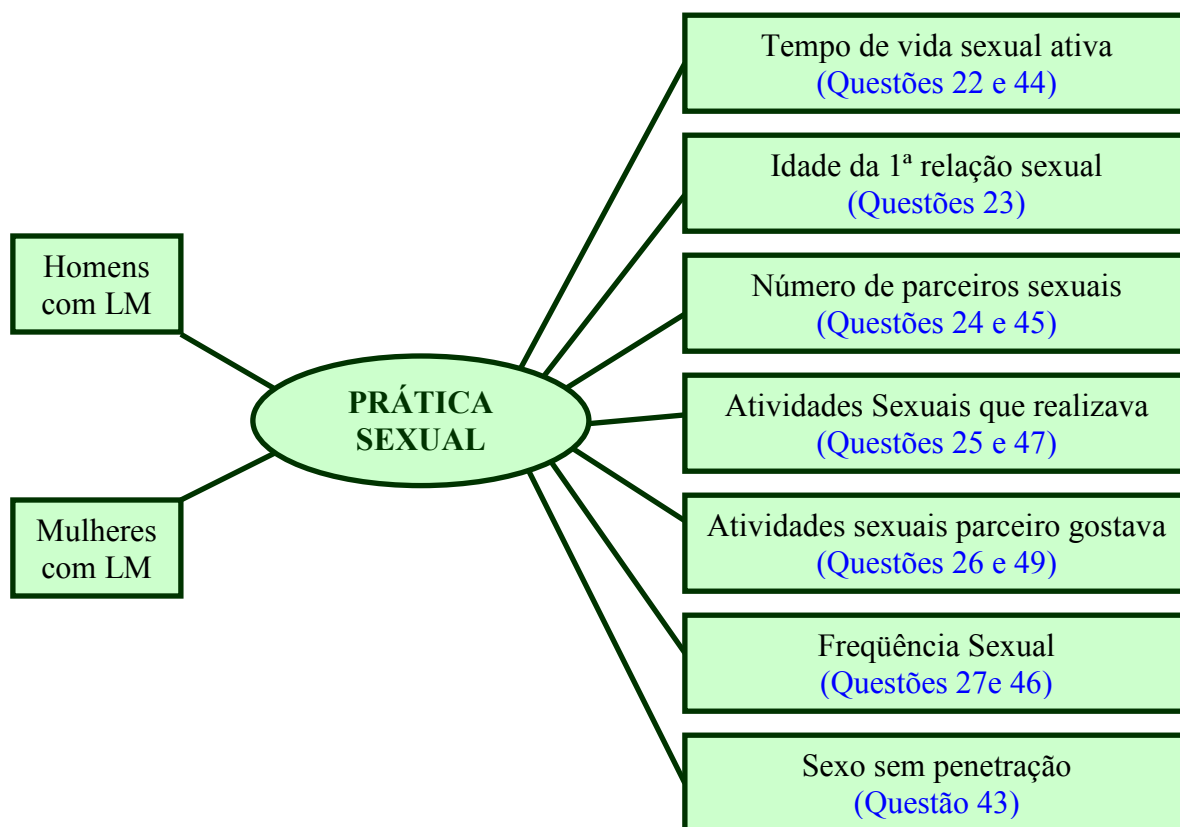
- 1) Descrever o **perfil** de homens e mulheres pré e pós lesão medular.



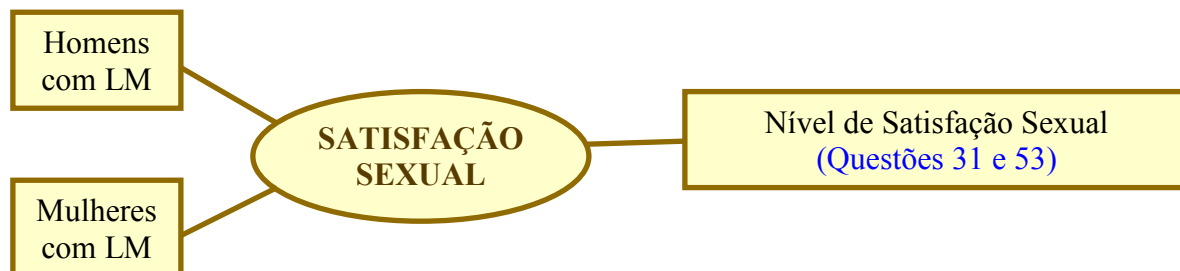
- 2) Verificar e comparar o **perfil afetivo-sexual** dos participante com o nível de **satisfação**, nível de **excitação**, nível de **desejo**, nível de **ajuste** e **freqüência sexuais** pré e pós lesão medular em homens e mulheres;



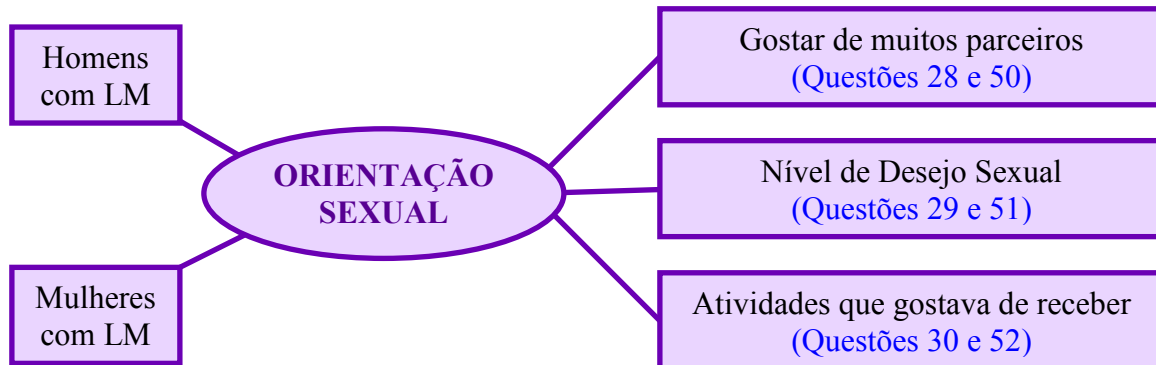
3) Identificar e comparar a **prática sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;



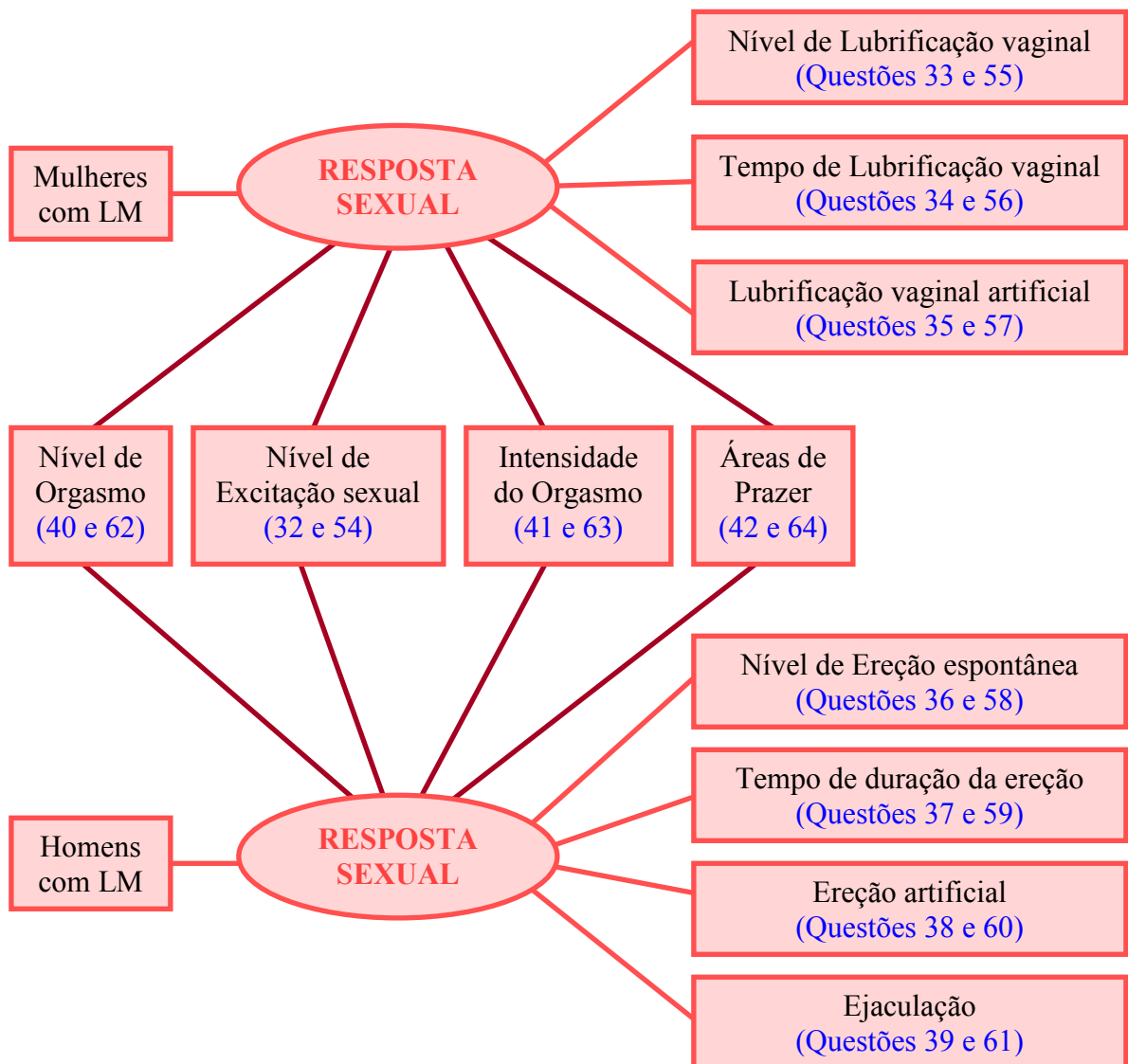
4) Identificar e comparar a **satisfação sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;



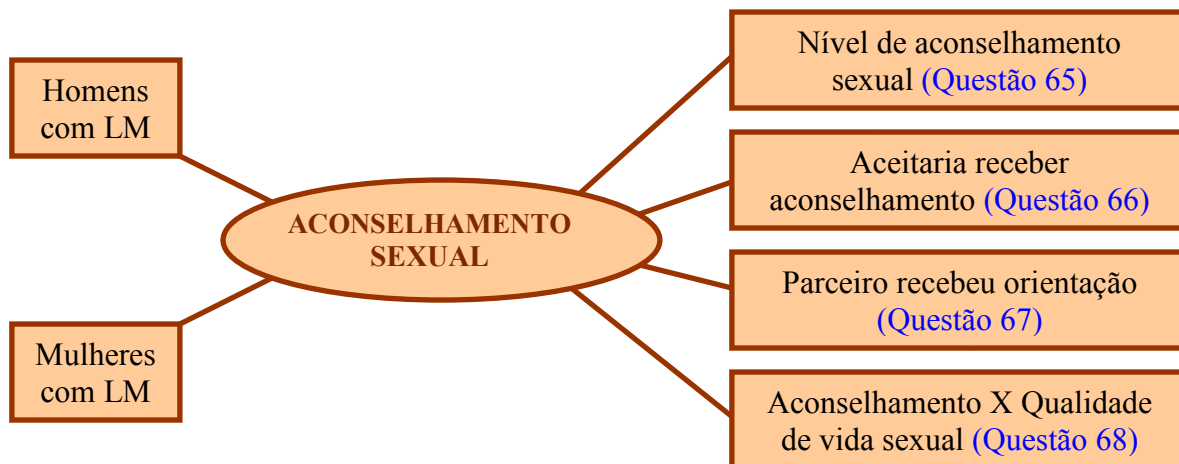
5) Identificar e comparar a **orientação sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;



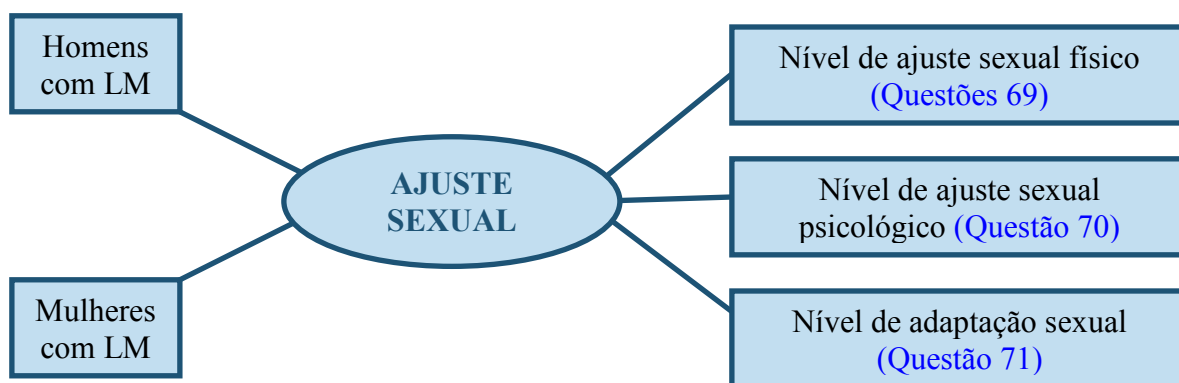
6) Identificar e comparar a **resposta sexual** pré e pós-lesão medular entre homens e mulheres;



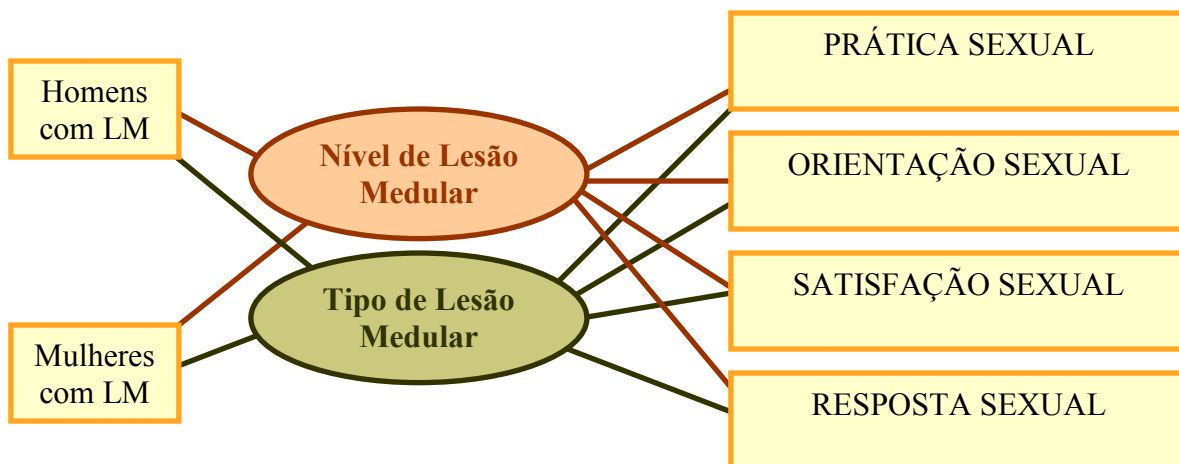
7) Verificar o nível do **aconselhamento sexual** recebido por homens e mulheres após a lesão medular;



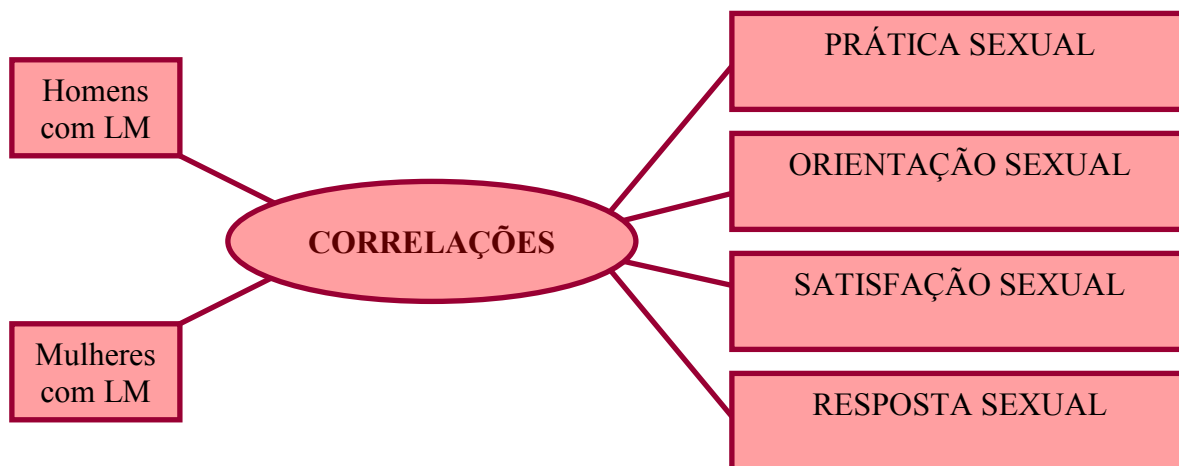
8) Verificar o nível do **ajuste sexual** de homens e mulheres pós-lesão medular;



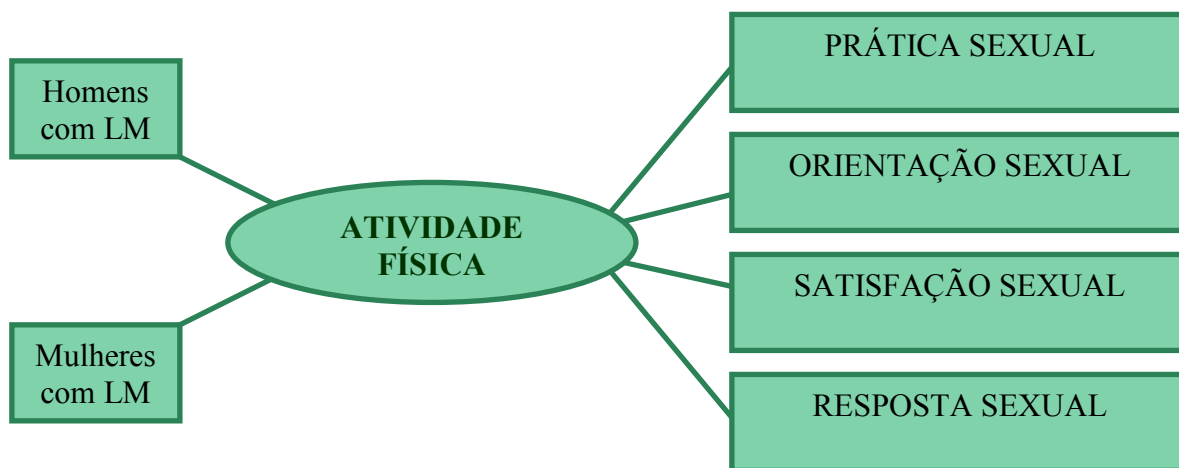
9) Comparar **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pós-lesão, com os diferentes **níveis e tipos de lesão medular** em homens e mulheres.



10) Conhecer as correlações existentes para as variáveis **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pré e pós-lesão medular em homens e mulheres.

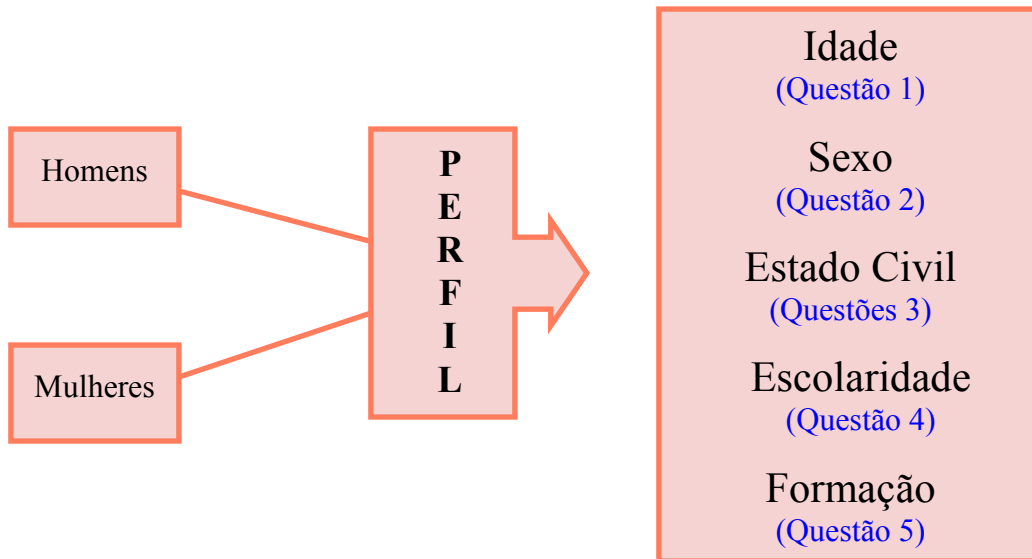


11) Verificar e comparar o nível de **prática, satisfação, orientação e resposta sexuais** pós-lesão medular em homens e mulheres praticantes ou não de atividade física.

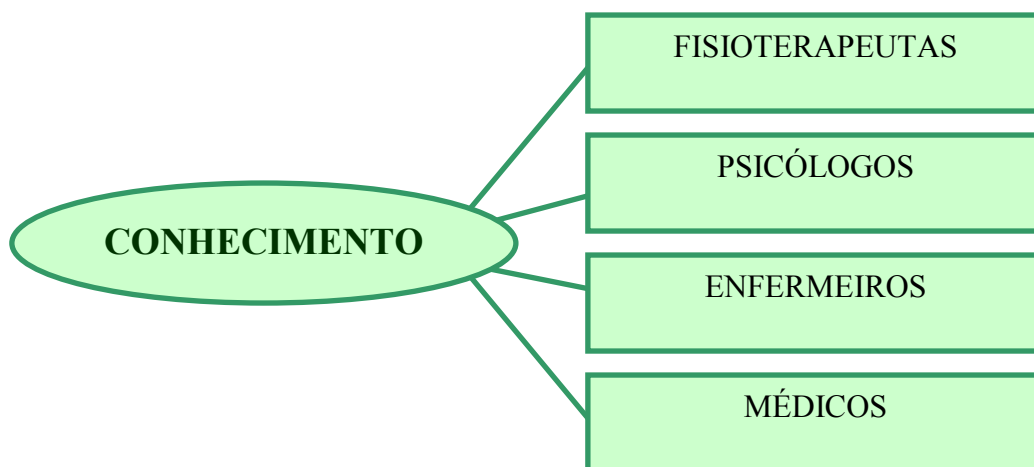


Organização dos Objetivos Específicos baseados no Instrumento KCAASS

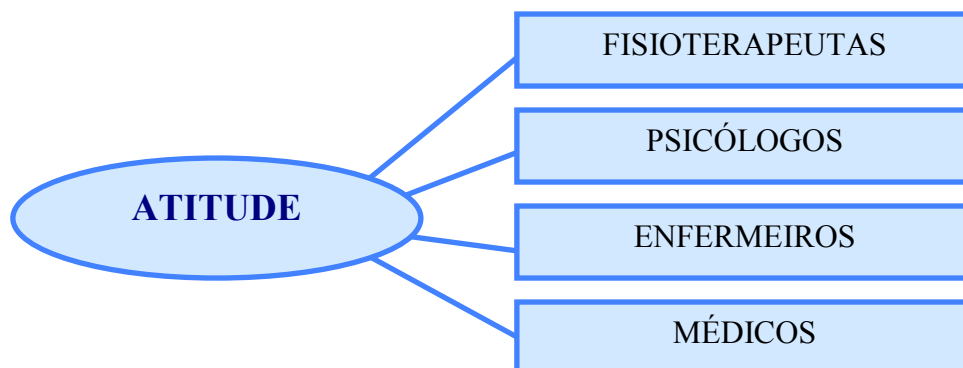
- 1) Descrever o **perfil** dos profissionais da saúde participantes do estudo.



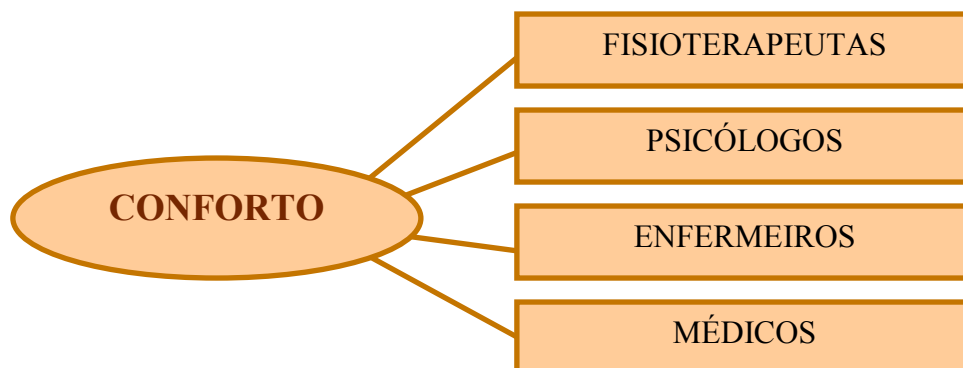
- 2) Verificar o nível de **conhecimento** dos profissionais da saúde sobre a reabilitação sexual na lesão medular.



- 3) Verificar a **atitude** dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na reabilitação sexual após a lesão medular.



- 4) Verificar o nível de **conforto** dos profissionais da saúde frente à situações que podem ocorrer na reabilitação sexual após a lesão medular.



- 5) Verificar o nível de **aproximação** dos profissionais da saúde frente ao tema reabilitação sexual após a lesão medular.

