

DA ACTIVIDADE SEXUAL À SEXUALIDADE APÓS UMA LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA

Ana Garrett

Psicóloga, Doutoranda em Ciências Sociais – Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP
Bolseira de Doutoramento – FCT
16022@ufp.edu.pt

Fernando Martins

Médico Fisiatra, Doutor em Medicina
Faculdade de Ciências da Saúde – UFP
fmartins@ufp.edu.pt

Zélia Teixeira

Psicóloga, Doutora em Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP
zelia@ufp.edu.pt

RESUMO

OBJECTIVO: São apresentados os resultados preliminares de uma investigação em curso sobre a sexualidade na sequência de uma lesão medular adquirida.

MÉTODO: Análise quantitativa (SPSS®) de um questionário efectuado numa população de 35 indivíduos com lesão medular adquirida, 9 do sexo feminino e 26 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 54 anos, recolhidos através do método *snowball*.

RESULTADOS: Estes resultados são consistentes com o que está publicado na literatura. A particularidade a referir prende-se com a dimensão "luto sexual pós-lesão". As restantes, "actividade e grau de importância", "orgasmo" e necessidade de mapeamento de "zonas erógenas", encontram-se dentro do esperado.

DISCUSSÃO: A recuperação de uma vida sexual gratificante é reconhecida como um importante factor na reabilitação após uma lesão medular traumática. Com base nesta população iremos elaborar um plano de intervenção centrado nas suas narrativas.

PALAVRAS-CHAVE

Actividade sexual; Sexualidade; lesão vértebro-medular

ABSTRACT

OBJECTIVE: This paper presents the preliminary results of an ongoing research on sexual rehabilitation following an acquired spinal cord injury.

METHOD: Quantitative analysis (SPSS®) of a questionnaire applied to 35 individuals with acquired spinal cord injury, 9 females and 26 males, aged between 20 and 54 years, collected through the snowball method.

RESULTS: The results are consistent with the literature consulted. A special feature to mention is the "post-injury sexual mourning". The others, such "activity and level of importance", "orgasm" and mapping "erogenous zones", are within the expected.

DISCUSSION: The restoration of a satisfying sex life is recognized as an important factor in rehabilitation after a traumatic spinal cord injury. Based on this population, further studies involving a design individual intervention will focus on narratives of the subjects.

KEYWORDS:

Sexual activity; Sexuality; Spinal cord injury

1. INTRODUÇÃO

A prevalência de indivíduos com sequelas de lesão medular traumática é desconhecida em Portugal e no mundo. A taxa de incidência foi descrita num levantamento epidemiológico efectuado na região centro de Portugal entre 1989 e 1992, como sendo de 58 novos casos por milhão de habitantes, por ano (Martins, Freitas, Martins, Dartigues e Barat, 1998). Wyndaele & Wyndaele (2006) e Anderson, Borisoff, Johnson, Stiens e Elliot (2007), apontam o trauma por acidente de viação a principal causa, sendo o sexo masculino mais atingido, com idade média cerca dos 33 anos. Hoje atribui-se aos indivíduos com uma lesão medular traumática, uma esperança de vida idêntica à da população não sinistrada. Assim, esta patologia assume especial relevância na comunidade pelos elevados custos financeiros, económicos, sociais e familiares que dela resultam e que se repercutem ao longo de 30 a 40 anos de vida.

A trajectória da actividade sexual após a lesão inclui um período inicial de assexualidade, seguido por um período de redescoberta que ocorre durante o tempo de reabilitação. O apoio efectivo neste campo contribui para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação (Alves, Guedes e Alves, 1999; Fisher et al 2002; Garrett, Teixeira e Martins, 2007). Tepper (1992) e Ostrander (2009) concordam que apesar do tempo de "luto sexual" se mostrar indefinido, é recomendado um período de cerca de 6 meses para dar início à reabilitação da vida sexual. Fisher et al (2002) sublinham que, apesar da evidência de que estes indivíduos continuam sexualmente activos, a maior parte sofre uma diminuição da frequência da actividade.

Para Anderson, Borisoff, Johnson, Stiens e Elliot (2007), o elevado grau de importância que os lesionados vértebro-medulares atribuem à prática sexual, está directamente relacionado com o aumento da qualidade de vida; o facto de manterem relacionamentos de ordem sexual colmata a necessidade de intimidade.

Relativamente à capacidade de obterem orgasmo, Bong e Rovner (2007) referem que as experiências relatadas por homens e mulheres são similares. Sipski (2000) defende a ideia de que em ambos os sexos a capacidade de obter um orgasmo diminui consideravelmente após uma lesão vértebro-medular. Apesar de reportarem algo semelhante ao orgasmo, descrevem sensações diferentes e menos intensas comparativamente às sensações vividas antes da lesão (Sipski, Alexander e Rosen, 1995).

A importância de conhecer as zonas erógenas potencialmente causadoras de satisfação após a lesão é suportada por Sakellariou (2006) e Bong e Rovner (2007). Estes autores referem que a sexualidade possui outras implicações, conectadas intimamente com especificidades emocionais, que deve ser explorada por uma actividade diversificada. A alteração da sensibilidade perineal pode ser substituída pela exploração e descoberta de novas zonas erógenas.

O nosso estudo apresenta os resultados preliminares de uma investigação em curso sobre um programa de reabilitação da vida sexual de uma população vítima de lesão medular adquirida. Neste contexto é caracterizada a nossa população e apresentados os primeiros dados obtidos a partir de uma entrevista semi-estruturada.

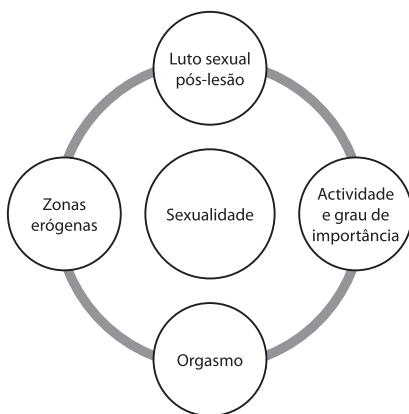
2. METODOLOGIA

2.1. INSTRUMENTO E AMOSTRA

Foi avaliada uma população vítima de lesão medular adquirida, de qualquer nível, para estudo das dimensões da sua sexualidade e propor uma intervenção experimental adequada. Foram integrados indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 55 anos, de ambos os sexos. O recrutamento efectuou-se por amostra intencional, tipo *snowball* (os sujeitos seleccionados apresentaram outros nas mesmas condições), durante o ano de 2008, tendo sido incluídos 35 indivíduos, que constituem a nossa população de trabalho.

2.2. MÉTODO

Foi efectuada uma entrevista semi-estruturada para estudo das dimensões da sexualidade, incluindo as dimensões "luto sexual" após a lesão, o último contacto sexual à altura do questionário, o grau de importância da sexualidade na sua vida, a capacidade de obter orgasmo e o mapeamento de zonas potencialmente erógenas (Esquema 1). O tratamento estatístico dos dados foi efectuada recorrendo ao programa estatístico SPSS®.



Esquema 1. Dimensões da sexualidade objecto de análise numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

3. RESULTADOS

3.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A população estudada tem uma média de idades de 32,2 anos, 33,8 para o sexo feminino e 32,9 para o masculino (Tabela 1), variando entre 20 e 54 anos.

No que se refere ao género, o sexo masculino representa cerca de 74,3% das vítimas, enquanto as mulheres ficam pelos 25,7% (Tabela 2).

Tabela 1. Média de idades encontradas em ambos os sexos numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

Género	Média	N
Feminino	33,8889	9
Masculino	32,9615	26
Total	33,2000	35

Tabela 2. % de indivíduos do género masculino e feminino encontrada numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

Género	%(n=35)
Feminino	25,7
Masculino	74,3
Total	100,0

A etiologia da lesão é predominantemente traumática, sendo os acidentes de viação responsáveis por 54,3% das lesões, seguida pelos acidentes de desporto em 14,2%, todos por mergulho em águas pouco profundas, 8,6% dos casos por acidentes de trabalho, agressão por arma de fogo em 5,7% e quedas em 5,7%. A patologia vascular representa 5,7%, a patologia oncológica 2,9% e as doenças degenerativas do sistema nervoso central 2,9%.

Tabela 3. Etiologia da lesão vértebro-medular numa população portuguesa (n=35).

Etiologia	Frequência	%
Trauma por acidente de viação	19	54,3
Trauma por acidente de desporto	5	14,2
Trauma por acidente de trabalho	3	8,6
Agressão por arma de fogo	2	5,7
Quedas	2	5,7
Doença vascular	2	5,7
Doença tumoral	1	2,9
Doença degenerativa do SNC	1	2,9

Quanto à lesão, a maioria é de nível torácica (42,9%), seguida pelo nível cervical (31,4%), lombar (22,9%) e sagrado (2,9%) (Gráfico 1). Quanto à extensão da lesão, 54,3% são lesões completas (ASIA A) e 45,7% incompletas (Gráfico 2) classificadas como ASIA C em 20%, ASIA B em 17,1% e ASIA D com 8,6% (Gráfico 3), utilizando a classificação da American Spinal Injury Association (ASIA, 1996).

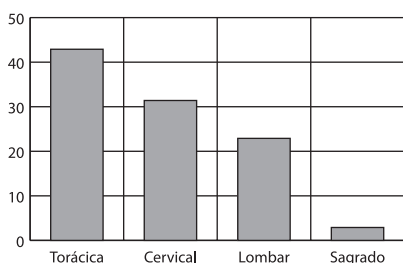


Gráfico 1. % de nível de lesão encontrada numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

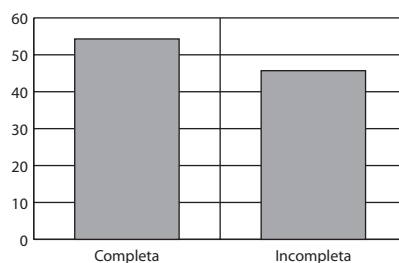


Gráfico 2. % de tipo de lesão encontrada numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

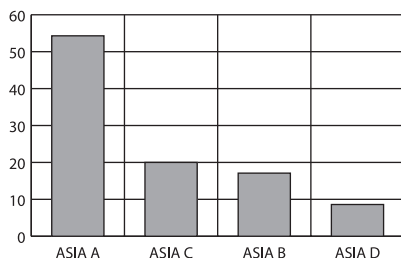


Gráfico 3. % de extensão de lesão encontrada numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

3.2. LUTO SEXUAL

Quando questionados acerca do tempo que mediou entre o momento da lesão e a altura em que reflectiram pela primeira vez acerca de questões de natureza sexual, a amplitude de tempo oscilou entre os primeiros 3 meses e mais de 12 meses. A maioria dos indivíduos (80%) referiu ter pensado nesta questão entre 0 e 3 meses, 8,6% entre 4 e 7 meses, apenas 2,9% entre os 8 e os 11 meses, enquanto os restantes 8,6% se questionaram apenas mais de um ano depois (Tabela 4).

Tabela 4. “Quanto tempo depois da ocorrência da lesão pensou na sua vida sexual?”

Luto sexual – Pensamento	Frequência	%
0-3 meses	28	80,0
4-7 meses	3	8,6
8-11 meses	1	2,9
Mais de 12 meses	3	8,6

Quando inquiridos acerca do tempo que mediou a lesão e o primeiro contacto de ordem sexual, 12 indivíduos (34,3%) afirmaram que tiveram a primeira experiência após a lesão, no intervalo de 0 a 3 meses. Os restantes intervalos temporais estão distribuídos, por ordem de expressividade, da seguinte forma: de 4 a 7 meses (22,9%), sem experiência após lesão (20%), mais de 1 ano (17,1%) e de 8 a 11 meses (5,7%) (Tabela 5).

Tabela 5. “Quanto tempo depois da ocorrência da lesão experimentou qualquer tipo de actividade sexual?”

Luto sexual – 1ª experiência	Frequência	%
0-3 meses	12	34,3
4-7 meses	8	22,9
8-11 meses	2	5,7
Mais de 12 meses	6	17,1
Ainda não experimentou	7	20,0

3.3. ÚLTIMA ACTIVIDADE E GRAU DE IMPORTÂNCIA DA VIDA SEXUAL

Quando questionados acerca da ocorrência do último contacto sexual, 42,9% dos nossos participantes revelaram “na semana passada” e 22,9% “esta semana”. Os restantes distribuem-se pelas respostas “no mês passado”=5,7%, “no último semestre”=14,3%, “há mais de um ano”=11,4% e “há mais de 2 anos e menos de 5”=2,9% (Tabela 6).

Tabela 6. “Quando foi a última vez que manteve qualquer tipo de actividade sexual?”.

Última actividade sexual	Frequência	%
Esta semana	8	22,9
Na semana passada	15	42,9
No mês passado	2	5,7
No último semestre	5	14,3
Há mais de 1 ano	4	11,4
Há mais de 2 anos e menos de 5	1	2,9

Relativamente ao grau de importância que a actividade sexual assume nas suas vidas após a lesão vértebro-medular, 48,6% revelaram ser “*muito importante*” e 40% “*importante*”. Os restantes estão distribuídos por “*pouco importante*”=8,6% e “*nada importante*”=2,9% (Tabela 7).

Tabela 7. “Qual o grau de importância que a actividade sexual tem na sua vida após a lesão?”.

Grau de importância da actividade sexual após-lesão	Frequência	%
Nada importante	1	2,9
Pouco importante	3	8,6
Importante	14	40,0
Muito importante	17	48,6

3.4. CAPACIDADE ORGÁSMICA

Neste estudo 74,3% dos 35 participantes revelaram que depois da ocorrência da lesão nunca mais voltaram a experimentar orgasmo, nem algo que se assemelhasse, quer nas sensações físicas, quer nas psicológicas. Vinte por cento afirmam ter orgasmo ocasionalmente e 5,7% frequentemente (Tabela 8).

Tabela 8. % de indivíduos encontrada numa população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35) que experimenta orgasmo ou algo semelhante após a lesão.

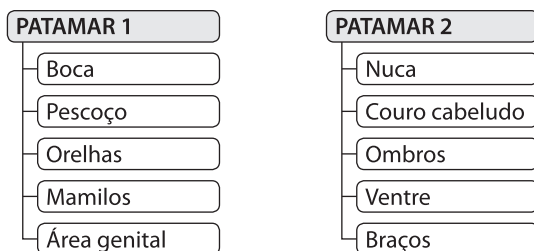
Orgasmo ou algo semelhante após-lesão	Frequência	%
Nunca	26	74,3
Ocasionalmente	7	20,0
Frequentemente	2	5,7

3.5. ZONAS ERÓGENAS

Neste estudo foi facultado a cada um dos participantes uma figura de representação humana onde pudessem ser assinaladas, após auto e hetero-exploração, áreas potencialmente erógenas. Os resultados apurados foram divididos em dois patamares. O primeiro patamar foca a componente física, ou seja, as áreas de identificação da excitabilidade e da função sexual. O segundo patamar aponta a componente psicológica, isto é, a identificação da sexualidade, os sentidos, a intimidade.

No patamar 1, em primeiro lugar, como zona erógena de preferência, os participantes apontaram a boca. O pescoço aparece em segundo lugar. As restantes escolhas, por ordem de satisfação, distribuíram-se entre orelhas, mamilos e área genital. No patamar 2, a preferência centra-se da estimulação da área da nuca, logo seguido pelo couro cabeludo. As zonas

com menor implicação satisfatória são os ombros, o ventre e, em últimos lugar, os braços. (Esquema 2).



Esquema 2. Patamares de zonas erógenas (função sexual e sexualidade) de uma população portuguesa de lesionados vértebro-medulares (n=35).

4. DISCUSSÃO

No nosso estudo verificámos que os resultados relativamente à etiologia da lesão vértebro-medular não apresentam disparidade junto da bibliografia (Wyndaele & Wyndaele, 2006; Anderson, Borisoff, Johnson, Stiens e Elliot, 2007). A média de idades encontrada vai, igualmente, ao encontro dos valores comumente apurados.

Em termos de nível, tipo e extensão da lesão, os dados encontrados nesta população enquadram-se nas revisões bibliográficas elaboradas por Wyndaele & Wyndaele (2006) e o género masculino predomina. Alguns autores explicam este fenómeno pelo maior grau de exposição ao risco que os homens possuem, sobretudo quando são jovens, aumentando a probabilidade de dano físico (Ackery, Tator, Krassioukov, 2004; Campos et al, 2008).

Tepper (1992), Fisher et al (2002) e Ostrander (2009) concordam que apesar do tempo de “luto sexual” se mostrar algo indefinido, é recomendado um período de cerca de 6 meses para dar início à reabilitação da sexualidade junto destes doentes. No entanto, os resultados que obtivemos demonstram que o tempo que medeia entre a ocorrência da lesão e a primeira reflexão acerca da sexualidade situa-se nos primeiros 3 meses. O mesmo tempo é identificado para a primeira experiência de carácter sexual após lesão.

Relativamente à última vez que tiveram contacto sexual, a maioria dos indivíduos revelou ter sido na semana anterior à participação neste estudo, o que não nos fornece dados acerca da frequência da actividade. O mesmo se passa com a assumpção da maioria dos participantes relativamente à importância que a actividade sexual possui. Neste aspecto, Fisher et al (2002) revelam que, apesar da evidência de que estes indivíduos continuam sexualmente activos, a maior parte destes sofre uma diminuição da frequência da actividade.

Os resultados que obtivemos acerca da capacidade orgásmica podem conduzir-nos à matriz de resultados apresentada por Mah e Binik (2005), que suporta a primazia da hipótese de que os factores envolvidos num orgasmo são maioritariamente de ordem subjectiva, estando bastante mais relacionados com características cognitivas do que propriamente com sensitivas. Kreuter, Sullivan, Siösteen (1996) e Sakellariou (2006) consideram, de igual modo,

que a ocorrência de satisfação sexual implica maior número de correlações com factores psicológicos do que com fisiológicos.

Todavia, apesar de no caso dos lesionados vértebro-medulares, a possibilidade da área sensitiva responsável pela ocorrência do orgasmo poder estar danificada ser de assinalar, as características cognitivas que poderiam conduzir ao prazer subjectivo também não se encontram presentes nesta população portuguesa, provavelmente derivado do impacto que a lesão poderá ter causado em termos psicológicos.

Para Bong & Rovner (2007) a estimulação mental e a exploração de zonas potencialmente erógenas que não foram comprometidas pela lesão podem causar alterações psicofisiológicas relevantes. Estas reacções estão descritas em ambos os sexos. As recordações positivas relativamente à vida sexual prévia à lesão, ajudam a um aumento da motivação para restabelecer as suas anteriores práticas. Sakellariou (2006) refere que a ausência de sensibilidade na área genital pode ser substituída pela exploração e descoberta de novas áreas erógenas, mapeadas para o efeito.

O objectivo deste mapeamento inclui a organização de um desenho individual para cada um dos lesionados vértebro-medulares estudados. Após o apuramento das zonas de interesse, juntamente com uma cuidadosa anamnese da vida sexual do sujeito, a criação de um plano terapêutico é elaborado e entregue, sujeito a reapreciação periódica, condicionada pela evolução do quadro neurológico e do estado emocional.

5. CONCLUSÃO

A população estudada enquadra-se nos limites definidos na nossa metodologia e pode ser considerada próxima das populações referidas na bibliografia existente, confortando o nosso pressuposto da necessidade de elaboração de modelos de intervenção junto destas populações, que comportem programas de educação e informação, integrados num plano sistematizado, a ter início precoce.

A crença de que a prática do coito é a única forma de obter total satisfação durante a actividade sexual, constitui o factor mais complexo de intervenção. Os métodos psicoterapêuticos podem incluir um plano educacional que comporte temáticas que versem o conhecimento biológico, a diminuição da insegurança relativamente às alternativas à prática do coito e a aceitação de auto e hetero-exploração de potenciais zonas erógenas.

A avaliação deve centrar-se nas narrativas dos sujeitos relativamente ao que lhes proporciona mais prazer, no sentido de reencontrar uma sexualidade e uma vida sexual satisfatórias e compatíveis com a sua nova situação.

6. AGRADECIMENTOS

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/27626/2006)

BIBLIOGRAFIA

- ACKERY, A., TATOR, C., KRASSIOUKOV, A. (2004). A Global Perspective on Spinal Cord Injury Epidemiology. *In: Journal of Neurotrauma*, Vol.21(10), pp. 1355-70
- ALVES, A., GUEDES, M., ALVES, V. (1999). Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *In: Acta Fisiátrica*, Vol.6(1), pp. 6-9
- AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION/INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA. Padrões internacionais para classificação neurológica e funcional de lesões da medula espinal: revisado 1996, edição português 1999, tradução Tarcísio P. Barros Filho, Fernando Martins. Chicago: ASIA/IMSOP 1996
- ANDERSON, K., BORISOFF, J., JOHNSON, R., STIENS, S., ELLIOTT, S. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *In: Spinal Cord*, Vol.45(12), pp. 328-37
- BONG, G., ROVNER, E. (2007). Sexual health in adult men with spina bífida. *In: ScientificWorldJournal*, Vol.7, pp. 1466-9
- CAMPOS, M., RIBEIRO, A., LISTIK, S., PEREIRA, C., SOBRINHO, J., RAPOPORT, A. (2008). Epidemiologia do Traumatismo da Coluna Vertebral. *In: Rev. Col. Bras. Cir*, Vol.35(2), pp. 88-93
- FISHER, T., LAUD, P., BYFIELD, M., BROWN, T., HAYAT, M., FIEDLER, I. (2002). Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *In: Arch Phys Med Rehabil*, Vol.83(8), pp. 1043-51
- GARRETT, A., TEIXEIRA, Z., MARTINS, F. (2007). Modelo transaccional do stresse: momento que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. *In: Revista da FCHS – UFP*, Vol.24, pp. 222-8
- KREUTER, M., SULLIVAN, M., SIÖSTEEN, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *In: Arch Phys Med Rehabil*, Vol.77(6), pp. 541-8
- MAH, K., BINIK, Y. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *In: Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol.31, pp. 187-200
- MARTINS, F., FREITAS, F., MARTINS, L., DARTIGUES, J., BARAT, M. (1998). Spinal cord injuries - Epidemiology in Portugal's central region. *In: Spinal Cord*, Vol.36(8), pp.574-8
- OSTRANDER, N. (2009) sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord injuries. *In: Sex Disabil*, Vol.27, pp. 11-9
- SAKELLARIOU, D. (2006). If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. *In: Sex Disabil*, Vol.24, pp. 101-11
- SIPSKI, M. (2000). Future options for improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries. *In: Top Spinal Cord Inj Rehabil*, Vol.6 (suppl), pp. 148-54
- SIPSKI, M., ALEXANDER, C., ROSEN, R. (1995). Orgasm in women with spinal cord injuries: A laboratory-based assessment. *In: Arch Phys Med Rehabil*, Vol.76, pp. 1097-102
- TEPPER, M. (1992). Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. *In: Sexuality and Disability*, Vol.10(1), pp. 15-31
- WYNDAELE, M., WYNDAELE, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *In: Spinal Cord*, Vol.44(9), pp. 523-9