

Ana Maria Roque Garrett

Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração
de um Programa Reabilitador

Universidade Fernando Pessoa
Porto 2011

Ana Maria Roque Garrett

Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração
de um Programa Reabilitador

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2011

Ana Maria Roque Garrett

Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração
de um Programa Reabilitador

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, sob a orientação da Professora Doutora Zélia Teixeira e do Professor Doutor Fernando Martins.

RESUMO

ANA MARIA ROQUE GARRETT: Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração de um Programa Reabilitador.

(Sob orientação da Professora Doutora Zélia Teixeira e do Professor Doutor Fernando Martins)

A lesão medular é uma realidade presente em muitos dos cidadãos portugueses. No processo de readaptação, à pessoa com esta patologia ocorrem múltiplas questões, entre elas, questões de carácter sexual, como componente integrante da condição de ser humano. O sujeito questiona-se acerca das (in)capacidades do seu novo corpo, confrontando-se com constantes desafios de vária ordem.

Dado que o sujeito deve ser abordado de uma forma holística, considera-se que, a par das terapias de reabilitação física, necessárias para a reintegração do indivíduo na sociedade, deve constar da rotina de reabilitação a vertente da sexualidade. Assim, face à inexistência de mecanismos de intervenção, nomeadamente, de um modelo de reabilitação sexual, esta investigação pretendeu elaborar um instrumento que pudesse contribuir para a reabilitação da sexualidade do indivíduo com lesão medular, recorrendo para isso, à auscultação dos significados das experiências que os sujeitos revelaram ao longo deste estudo.

Os procedimentos contemplaram quatro momentos (I, II, III e IV), cada um deles com objectivos delineados para analisar a vivência da sexualidade após o evento traumático, sendo que os Momentos I e II visaram obter informações acerca dessa vivência sem

intervenção terapêutica, o Momento III foi designado como a fase da implementação do programa reabilitador e, por fim, o Momento IV pretendeu observar os eventuais resultados em termos de mudança comportamental, após a aplicação do programa.

Os objectivos traçados foram alcançados, dado que o discurso dos sujeitos permitiu constatar a existência do incentivo a novas práticas, a novas descobertas, num sentido exploratório de uma sexualidade renovada, aproveitando o potencial existente e desfocalizando o sentido inicial da genitalidade.

É, de igual modo, percebida a expressão de alteração na forma como passaram a viver a sexualidade, encarada como uma nova forma de expressar as suas emoções e sentimentos, ou ainda e por outro lado, a aquisição de liberdade de experimentarem uma sexualidade que provavelmente sempre desejariam ter tido, porém, por eventuais condicionantes, não se arriscaram a tentá-la.

Assinala-se, também, a percepção de que este modelo poderá ser encarado como tendo um conceito modular, o que pode admitir a outros investigadores ulteriores adicionarem blocos de novas actividades formativas e/ou terapêuticas. Outra anotação positiva, é que este instrumento de intervenção poderá ser extrapolado para outros quadrantes sexualmente disfuncionais, que não apenas indivíduos com lesão medular.

ABSTRACT

ANA MARIA ROQUE GARRETT: Contributions to the Rehabilitation of Sexuality in Spinal Cord Injured Patients: Development of a Rehabilitation Program. (Under the guidance of Professor Zélia Teixeira and Professor Fernando Martins)

Spinal cord injury is a present reality in many Portuguese citizens. In the readaptation process, occur many issues to the person with this pathology, between them, are questions of a sexual nature, as an integral component of being human. The subject raises questions about the (in) capabilities of its new body, confronted with constant challenges of various kinds.

Since the subject must be approached in a holistic manner, it is considered that, alongside physical rehabilitation therapies, needed for the reintegration of the individual in society, must be included in the routine rehabilitation the aspect of sexuality. Therefore, in the absence of intervention mechanisms, particularly a model of sexual rehabilitation, this research sought to develop an instrument that could contribute to the rehabilitation of a person's sexuality in a spinal cord injury case, using for this, the auscultation of the meanings of the experiences that the subjects throughout this study revealed.

The procedures contemplated four moments (I, II, III and IV), each one of them with objectives designed to analyze the experience of sexuality after the traumatic event, being that the moments I and II were intended to obtain information about that experience without therapeutic intervention, the III Moment was designated as the implementation phase of the rehabilitation program, and finally the IV Moment intended to ob-

serve the eventual outcome in terms of behavioral change, after the implementation of the program.

The targets set were achieved as the subjects' speech revealed the existence of encouraging to new practices, to new discoveries, in an exploratory sense of a renewed sexuality, taking advantage of the existing potential and defocusing the initial sense of the genitalia.

It's perceived in the same mode the expression of change in the way in which they have started experiencing the sexuality, seen as a new way of expressing their emotions and feelings, or on the other hand, the acquisition of freedom to experiment a sexuality that probably always wished for, however for possible conditioning factors, not risked to tempt it.

We point out as well the perception that this model could be regarded as having a modular concept, which may allow other researchers to add further blocks of new formative activities and / or therapies. Another positive note is that this intervention tool can be extrapolated to other sexually dysfunctional quadrants, not just individuals with spinal cord injury.

RÉSUMÉ

ANA MARIA ROQUE GARRETT: Contribution pour la Rééducation de la Sexualité
des Blessés Médullaires: Présentation d'un Programme.

(Sous l'orientation de Mme le Professeur Zélia Teixeira et de M. le Professeur Fernando
Martins)

La lésion médullaire fait partie de la vie de beaucoup de citoyens portugais. Au cours d'un processus de réadaptation, plusieurs questions sont soulevées, y compris la vie sexuelle comme faisant partie de la condition humaine. Plusieurs défis se posent, en tenant compte des capacités résiduelles.

Étant donné que l'individu doit être traité de façon holistique, en plus des thérapies physiques nécessaires à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration sociale, il faut y inclure la rééducation sexuelle. N'ayant retrouvé aucun modèle de rééducation sexuelle, nous avons été poussés à créer un instrument capable d'aider à la rééducation de la sexualité des blessés médullaires, en tenant compte des vécus décrites par les individus au cours de notre étude.

Les procédures ont évalué quatre moments (I, II, III et IV), chacun d'entre eux avec des objectifs choisis pour analyser le vécu de la sexualité après l'événement traumatique, en sachant que les moments I et II ont cherché à obtenir des informations de ce vécu, sans aucune intervention thérapeutique, le moment III a été désigné comme le moment d'initiation du programme de rééducation et, finalement, le moment IV qui a évalué les changements comportementaux à la suite de l'application du programme.

Les objectifs qui étaient définis au départ ont été atteints, puisque le discours des individus a permis de constater qu'ils étaient ouverts à de nouvelles expériences, à de nouvelles découvertes, dans le sens de l'exploration d'une sexualité renouvelée, en profitant le potentiel existant en écart du sens initial de la génitalité.

Nous avons aperçu un changement constaté dans la façon de vivre la sexualité, envisagée comme une nouvelle façon d'affirmer ses émotions et sentiments, ou encore l'acquisition de la liberté de retrouver une nouvelle sexualité, jamais osée, malgré les fantasmes préexistantes.

De souligner aussi la perception que ce modèle peut être vu comme un concept modulaire, ce qui pourra permettre à d'autres chercheurs, dans l'avenir, de rajouter des modules de nouvelles activités formatives et/ou thérapeutiques. On peut aussi admettre l'utilisation de ce modèle d'intervention, pour d'autres sujets sexuellement dysfonctionnels, aussi bien que pour blessés médullaires.

DEDICATÓRIA

Não me toques como fazes.
Incrédula, respiro-te, também.
Torturada, porém,
tentada a abraçar-te.

Ah, se eu pudesse
dar-te o céu em recompensa,
não havia quem mais bem te fizesse.

Sou isto e aquilo, vês,
a minha vida a cada instante,
ter-te junto de mim, constante
mas não presente.

Pudera eu recuperar essas horas,
faria tudo, tudo sem demoras,
salvar-te-ia, Amor, dessa gente.

E o meu hoje é esse teu ausente,
os meus segundos, nos teus momentos,
no dia que passa indiferente,
perdi a minha Rosa dos Ventos.

Aos meus queridos Pais, que seguem à minha frente com uma lanterna.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Professora Doutora Zélia Teixeira e Professor Doutor Fernando Martins, pela constante disponibilidade, empenho e incentivo, pelos seus saberes que sempre partilharam comigo e que me ajudaram a ver o melhor caminho, o meu profundo agradecimento.

Às pessoas com lesão medular que participaram nesta investigação e a todos os outros que não tiveram possibilidade de serem incluídos, o meu respeito, admiração e dedicação.

Ao Concelho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e à sua equipa multidisciplinar, pela colaboração que deram a esta Tese.

À equipa do ProSex do Hospital das Clínicas da Universidade de S. Paulo (Brasil), pela forma extraordinária como me receberam, por todos os ensinamentos acerca da sexualidade humana, pela organização brilhante do serviço e pelo empenho na resolução das mais variadas problemáticas.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, que apoiou a investigação com a bolsa SFRH/BD/27626/2006.

Aos Amigos que, embora contrariados, lá foram tolerando a minha ausência e o meu silêncio.

À Família mais maravilhosa que alguém pode desejar ter: Vocês são Eu. Amo-Vos incondicionalmente.

À Violet e ao PeterPan, pelos Voos, pela Paz e pela Vida.

Com o apoio da

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/27626/2006

ÍNDICE

Índice de quadros	XXIX
Índice de tabelas	XXXV
Índice de esquemas	XXXIX
Índice de figuras	XLV
Lista de abreviaturas	XLV
INTRODUÇÃO	1
PARTE I: Enquadramento Teórico	7
1. Espinhal Medula: Considerações Anatômicas	7
2. Lesão Vértebro-Medular	9
2.1. História	9
2.2. Caracterização	14
2.3. Epidemiologia, etiologia, incidência e prevalência	17
2.4. Complicações orgânicas associadas que dificultam a actividade sexual	18
2.4.1. Disfunção vesico-esfincteriana e intestinal	18
2.4.2. Disreflexia autónoma	19
2.4.3. Espasticidade	20
2.4.4. Dor	20

2.5.	Complicações psicológicas associadas	20
2.5.1.	Estados depressivos e de ansiedade	22
3.	Sexualidade e lesão medular	25
3.1.	A resposta sexual humana: nota introdutória	25
3.2.	A vivência da sexualidade após lesão medular: o “estado da arte”	28
3.2.1.	Complicações associadas à função sexual	29
3.2.2.	Consequências relacionadas com o desempenho sexual	32
3.2.3.	Consequências relacionadas com o interesse sexual	34
3.2.4.	Consequências relacionadas com o comportamento sexual	36
3.2.5.	Consequências relacionadas com a fertilidade, a contracepção e a menopausa	36
3.2.6.	Consequências relacionadas com a auto-imagem sexual	39
3.3.	A avaliação sexual dos sujeitos com lesão medular	40
3.4.	O luto e o reinício da vida sexual	44
3.4.1.	O Modelo Transaccional do Stress: estratégia compensatória	46
3.4.1.1.	Recursos pessoais e sociais de <i>coping</i>	49
4.	Meios auxiliares de intervenção para a reabilitação sexual	52
4.1.	Meios médico-terapêuticos	52
4.1.1.	Medicação por via sistémica	52
4.1.2.	Medicação por via tópica	53
4.1.3.	Bomba de vácuo	54
4.1.4.	Implante cirúrgico	54
4.2.	Meios psicoterapêuticos	54
4.2.1.	Modelo de Szasz	55
4.2.2.	Modelo PLISSIT de Annon	56
4.2.3.	<i>Dual-sex Therapy</i> de Masters e Johnson	59

4.2.4. Estimulação de áreas erógenas	61
PARTE II: Estudo empírico	64
1. Introdução	64
1.1. Considerações metodológicas: A metodologia qualitativa	65
1.2. <i>Grounded Theory</i> (Teoria Fundamentada nos Dados)	68
1.2.1. A amostra teórica	71
1.2.2. A recolha dos dados empíricos	72
1.2.3. Procedimentos de codificação	73
1.2.3.1. Codificação aberta	74
1.2.3.2. Codificação axial	75
1.2.3.3. Codificação selectiva	75
1.2.3.4. Saturação teórica	76
1.2.4. Construção do discurso do grupo	77
2. Método	78
2.1. Amostra	78
2.2. Instrumentos	78
2.3. Recolha dos dados	80
2.4. Análise dos dados	81
2.5. Apresentação e discussão dos resultados	81
3. Momento I: Caracterização dos participantes	83
3.1. Instrumento: Questionário	83
3.2. Apresentação dos resultados	83

3.3.	Discussão dos resultados	94
4.	Momento II: Vivência da sexualidade após <i>life-event</i> traumático	99
4.1.	Instrumento: Entrevista semi-estruturada I	99
4.2.	Apresentação dos resultados	99
4.3.	Discussão dos resultados	158
4.4.	O discurso do grupo	227
5.	Momento III: Implementação do programa Mo-Re-Sex	230
5.1.	Constituição e divisão dos grupos	231
5.2.	Mo-Re-Sex: Componente informativa/educacional	231
5.2.1.	Sessões e objectivos	232
5.3.	Mo-Re-Sex: Componente exploratória	234
5.3.1.	Mapa de dermatomas	234
5.3.2.	Tabela de zonas erógenas	236
5.3.3.	“Gatilhos” adicionais de excitação	237
5.4.	Apresentação dos resultados	237
5.5.	Mo-Re-Sex: Componente de intervenção	244
5.5.1.	O desenho individual	244
5.6.	Síntese do programa Mo-Re-Sex	245
6.	Momento IV: Vivência da sexualidade após implementação do programa Mo-Re-Sex	247
6.1.	Instrumento: Entrevista semi-estruturada II	247
6.2.	Apresentação dos resultados	247
6.3.	Discussão dos resultados	265
6.4.	O discurso do grupo	286

PARTE III: Avaliação e conclusões	288
Considerações finais	292
Bibliografia	294
Anexos	326

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Funcionalidades expectáveis de acordo com o nível da lesão	15
Quadro 2 – Fases da resposta sexual humana	27
Quadro 3 – Significância da colheita de informação para o sucesso da intervenção	41
Quadro 4 – Áreas da função sexual e problemas relacionados	43
Quadro 5 – Esquema do Modelo Transaccional do Stress	49
Quadro 6 – Recursos de suporte perante níveis elevados de stress	50
Quadro 7 – Adaptação das etapas da <i>Dual-sex Therapy</i>	60
Quadro 8 – Características da metodologia qualitativa	65
Quadro 9 – Temas pertinentes nas investigações qualitativas na área da saúde	67

Quadro 10 – Tendências sociais e intelectuais de influência para a evolução da <i>Grounded Theory</i>	70
Quadro 11 – Processos naturais a ocorrerem com a utilização da <i>Grounded Theory</i>	70
Quadro 12 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Interações emocionais e afectivas	100
Quadro 13 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Predomínio da actividade sexual	103
Quadro 14 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Inerente à natureza humana	105
Quadro 15 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Realização pessoal	107
Quadro 16 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Modificações de cariz anátomo-fisiológico	108
Quadro 17 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Consequências diárias do life-event traumático	111
Quadro 18 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	112
Quadro 19 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Efeitos psicológicos da lesão	113
Quadro 20 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Alternativas compensatórias para obtenção de satisfação	115

Quadro 21 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem actividade sexual pós-lesão	116
Quadro 22 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva	117
Quadro 23 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Instabilidade instalada na relação	121
Quadro 24 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão.	122
Quadro 25 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência do prazer do outro	123
Quadro 26 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Ausência de auge sexual	124
Quadro 27 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	125
Quadro 28 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual	126
Quadro 29 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Estimulação de carácter sexual	127
Quadro 30 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem contacto sexual pós-lesão	127
Quadro 31 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica	128

Quadro 32 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual	132
Quadro 33 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro	133
Quadro 34 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica	134
Quadro 35 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	135
Quadro 36 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Experiências biofisiológicas negativas	136
Quadro 37 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem contacto sexual pós-lesão	136
Quadro 38 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Percepção do orgasmo	137
Quadro 39 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência emocional do prazer sexual	138
Quadro 40 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação	141
Quadro 41 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	142
Quadro 42 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Frequência da satisfação	142

Quadro 43 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Questões de domínio biofisiológico	144
Quadro 44 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	147
Quadro 45 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Informações médico-terapêuticas	148
Quadro 46 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão	151
Quadro 47 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Informações terapêuticas	152
Quadro 48 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Monitorização comportamental e emocional	154
Quadro 49 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Investimento relacional	156
Quadro 50 – Súmula do programa Mo-Re-Sex	230
Quadro 51 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Aquisição de novos conhecimentos	248
Quadro 52 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Focalização na obtenção da satisfação	251
Quadro 53 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade	253

Quadro 54 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Recuperação da auto-estima	256
Quadro 55 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos	256
Quadro 56 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência de uma nova sexualidade	258
Quadro 57 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Autovalorização	262
Quadro 58 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Visão otimista do futuro	263
Quadro 59 – Discurso dos participantes relativamente à categoria central Dimensão familiar	264

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Idades e intervalos mínimo-máximo dos participantes	83
Tabela 2 – Género dos participantes	84
Tabela 3 – Habilitações dos participantes	84
Tabela 4 – Estado civil dos participantes	84
Tabela 5 – Género dos participantes	85
Tabela 6 – Género dos participantes	85
Tabela 7 – Etiologia da lesão medular	85
Tabela 8 – Motivo da lesão medular	86
Tabela 9 – Nível da lesão medular	86
Tabela 10 – Tipo de lesão medular	86

Tabela 11 – Extensão da lesão medular	87
Tabela 12 – Perturbações negativas de ordem emocional	87
Tabela 13 – Alterações da auto-imagem e da auto-estima	88
Tabela 14 – Eventuais perturbações emocionais relacionadas com perdas de urina	88
Tabela 15 – Eventuais perturbações emocionais relacionadas com perdas de gases e/ou fezes	88
Tabela 16 – Importância atribuída à vida sexual antes da lesão medular	89
Tabela 17 – Importância atribuída à vida sexual depois da lesão medular	89
Tabela 18 – Luto sexual – pensamento após a lesão	90
Tabela 19 – Conversaram com alguém após pensarem na vida sexual?	90
Tabela 20 – Com quem conversaram após pensarem na vida sexual?	90
Tabela 21 – Resposta obtida	90
Tabela 22 – Quem respondeu o quê	91
Tabela 23 – Luto sexual – primeira actividade de cariz sexual	91
Tabela 24 – Alterações perceptivas da libido	92

Tabela 25 – Alterações perceptivas do desempenho sexual	92
Tabela 26 – Alterações na satisfação sexual pós-lesão	92
Tabela 27 – Obtenção de orgasmo pós-lesão	93
Tabela 28 – Desejo de experimentar a maternidade/paternidade	93
Tabela 29 – Informações acerca da procriação medicamente assistida	93
Tabela 30 – Proveniência da informação acerca da procriação medicamente assistida	94
Tabela 31 – Divisão dos grupos para o programa educacional dos lesionados medulares	231
Tabela 32 – Tabela de anotação de zonas potencialmente erógenas	236
Tabela 33 – Zona erógena – cabeça (couro cabeludo)	237
Tabela 34 – Zona erógena – boca (lábios e língua)	238
Tabela 35 – Zona erógena – orelhas (lóbulo e área circundante)	238
Tabela 36 – Zona erógena – pescoço	239
Tabela 37 – Zona erógena – nuca	239
Tabela 38 – Zona erógena – ombros	239

Tabela 39 – Zona erógena – braços	240
Tabela 40 – Zona erógena – mãos	240
Tabela 41 – Zona erógena – mamilos	241
Tabela 42 – Zona erógena – ventre (barriga e área pré-púbica)	241
Tabela 43 – Zona erógena – pernas	241
Tabela 44 – Zona erógena – pés	242
Tabela 45 – Zona erógena – genitais	242
Tabela 46 – Zona erógena – outras	242
Tabela 47 – “Gatilhos” de excitação de ordem subjectiva	244

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Interações emocionais e afectivas	161
Esquema 2 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Predomínio da actividade sexual	163
Esquema 3 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Inerente à natureza humana	165
Esquema 4 – Categoria conceptual que originou a categoria central Realização pessoal	166
Esquema 5 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Modificações de cariz anátomo-fisiológico	168
Esquema 6 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Consequências diárias do life-event traumático	170
Esquema 7 – Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão	172
Esquema 8 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Efeitos psicológicos da lesão	173

Esquema 9 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Alternativas compensatórias para obtenção da satisfação	175
Esquema 10 – Categoria conceptual que originou a categoria central Sem actividade sexual pós-lesão	176
Esquema 11 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva	182
Esquema 12 – Categoria conceptual que originou a categoria central Instabilidade instalada na relação	183
Esquema 13 – Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão	184
Esquema 14 – Categoria conceptual que originou a categoria central Vivência do prazer do outro	187
Esquema 15 – Categoria conceptual que originou a categoria central Ausência de auge sexual	188
Esquema 16 – Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão	189
Esquema 17 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual	190
Esquema 18 – Categoria conceptual que originou a categoria central Estimulação de carácter sexual	191
Esquema 19 – Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão	192

Esquema 20 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica	196
Esquema 21 – Categoria conceptual que originou a categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual	197
Esquema 22 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro	199
Esquema 23 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica	200
Esquema 24 – Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão	201
Esquema 25 – Categoria conceptual que originou a categoria central Experiências biofisiológicas negativas	202
Esquema 26 – Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão	203
Esquema 27 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Percepção do orgasmo	206
Esquema 28 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência emocional do prazer sexual	208
Esquema 29 – Categoria conceptual que originou a categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação	209
Esquema 30 – Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão	210
Esquema 31 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Frequência da satisfação	211

Esquema 32 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Questões de domínio biofisiológico	215
Esquema 33 – Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão	216
Esquema 34 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Informações médico-terapêuticas	220
Esquema 35 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Informações terapêuticas	222
Esquema 36 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Monitorização comportamental e emocional	225
Esquema 37 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Investimento relacional	226
Esquema 38 – Patamares das componentes física e psicológica das zonas erógenas	243
Esquema 39 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Aquisição de novos conhecimentos	268
Esquema 40 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Focalização na obtenção da satisfação	270
Esquema 41 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade	273
Esquema 42 – Categoria conceptual que deu origem à categoria central Recuperação da auto-estima	276

Esquema 43 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos	277
Esquema 44 – Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência de uma nova sexualidade	280
Esquema 45 – Categoria conceptual que deu origem à categoria central Autovalorização	282
Esquema 46 – Categoria conceptual que deu origem à categoria central Visão optimista do futuro	284
Esquema 47 – Categoria conceptual que deu origem à categoria central Dimensão familiar	286

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1– Níveis do Modelo PLISSIT	57
Figura 2 – Mapa de dermatômos para avaliação de áreas erógenas	235

LISTA DE ABREVIATURAS

ASIA	<i>American Spinal Injury Association</i>
FCT	Fundação para a Ciência e a Tecnologia
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MUSE	<i>Medicated Urethral System Erection</i>
PLISSIT	<i>Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy</i>
PMA	Procriação Medicamente Assistida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
ZPP	Zona de Preservação Parcial

INTRODUÇÃO

A lesão medular por trauma é uma realidade presente no nosso país. Em 2003 (últimos dados disponíveis) o Ministério da Saúde, apontava 25 casos por milhão de habitantes, como incidência anual e uma previsão de 88 casos na região norte, 50 na região centro e 112 na região sul, sendo que a sua grande maioria são adultos jovens (Ministério da Saúde, 2003).

Partindo da premissa de que o sujeito deve ser abordado de uma forma holística, considera-se que, a par das terapias de reabilitação física, necessárias para a reintegração do indivíduo na sociedade, deve constar da rotina de reabilitação a vertente da sexualidade, até porque esta é tida como um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano, estando patente em tudo o que somos, o que sentimos e o que fazemos, comportando bem-estar físico, psíquico e sócio-cultural (WHO, 2001).

Para assegurar o direito do Homem a partilhar uma sociedade com um desenvolvimento saudável ao nível das questões sexuais, a Associação Mundial de Sexualidade (World Association for Sexology, 1999), com o apoio da Organização Mundial de Saúde, emitiu a Declaração dos Direitos Sexuais onde são evidentes:

- o direito à liberdade de expressão sexual
- o direito à autonomia sexual, à integridade sexual e à segurança física
- o direito à privacidade sexual
- o direito à igualdade sexual
- o direito ao prazer sexual

- o direito à expressão sexual com emoções
- o direito à união sexual
- o direito à tomada de decisões relativas à reprodução e à contracepção
- o direito à informação científica
- o direito à educação sexual
- o direito à saúde sexual

Assim, se a sexualidade do Homem é uma expressão do *self*, reporta-se à natureza íntima, englobando duas vertentes indissociáveis: a intimidade física e a intimidade emocional. Esta questão encontra-se intimamente interligada, entre outras, com a auto-estima e a auto-imagem, que ao perceberem dano corporal, constroem-se desvalorizadas. É comum a maior parte das pessoas considerar que as actividades sexuais funcionam como uma forma de expressar a sua intimidade física, contudo, é bastante mais complexo do que a prática do coito sexual. A intimidade física pode também encontrar a sua expressividade em gestos não tão obviamente sexuais, como dar as mãos, abraçar e beijar. A intimidade emocional está, de igual modo, para além dos sentimentos que resultam do contacto físico, podendo ser o entendimento com alguém que, como resultado, produz sensações de segurança e de auto-satisfação.

A sexualidade do ser humano é um direito. Também o é para os lesionados medulares que não se transformam em seres assexuados após a ocorrência da lesão, mas que com esta nova condição procuram obter satisfação e gratificação relacional, aumentando, por consequência, a sua auto-estima (Sharma, Singh, Dogra & Gupta, 2006). Cardoso (2006) refere que a maioria dos adultos jovens internados após uma lesão medular preocupa-se com a sua vida sexual e, mesmo após largos anos decorridos, assumem sentir necessidade de obter informação e aconselhamento nesse âmbito.

Então, crê-se que às pessoas com lesão medular ocorrem questões de carácter sexual, como componente integrante da sua condição de seres humanos. Questionam-se acerca das (*in*)capacidades dos seus novos corpos, bem como acerca das novas rotinas dos seus parceiros, de quem temem o abandono. Porém, a ideia errada de que a sexualidade é centrada na área genital e direccionada à obtenção do orgasmo, impede a crença de que

é possível a re-educar nessa vertente e, conseqüentemente, inclui-la na reabilitação global (Cardoso, 2004).

Diversos estudos apontam para alguma incoerência relacionada com a diminuição da actividade sexual e até mesmo do desejo após a ocorrência de uma lesão medular. Se alguns investigadores referem que a qualidade emocional da vida sexual, bem como a satisfação decorrente desta, não difere significativamente entre lesionados medulares e grupos de controlo (Matzaroglou et al., 2005; McCabe & Taleporos, 2003; Taleporos & McCabe, 2003), por outro lado, outros apontam diminuição do desejo e da satisfação sexual após o evento traumático (Galhordas & Lima, 2004; Sharma et al., 2006).

Há, no entanto, um aspecto em que os investigadores estão de acordo: a lesão medular tem um grande impacto na vida sexual dos sujeitos. Contudo tende apenas a ser trabalhada no género masculino, isoladamente, e através de medicação e de meios mecânicos, em detrimento da exploração de outras alternativas (Brown, Hill & Baker, 2006; Suaid et al., 2006).

Se a estimulação desadequada por parte do parceiro, um padrão de comunicação relacional pobre, os tabus sociais e a baixa auto-estima, podem estar na origem da diminuição do desejo sexual e conseqüente evitamento da prática (Pablo & Soares, 2004; Sharma et al., 2006), a actividade sexual saudável nestes indivíduos, encontra-se relacionada com um manifesto bem-estar geral, aumentando a qualidade de vida (Henriques, 2004).

Assim, partindo da perspectiva holística do sujeito, a utilização prática de um modelo de re-educação sexual, que integre o programa de reabilitação e que não compreenda apenas a componente biofisiológica, pode ser útil às equipas vocacionados para o atendimento desta população.

Foi perante esse vazio de programas de intervenção para a reabilitação da sexualidade nestes indivíduos, que nos pareceu pertinente e de interesse relevante e actual, elaborar um modelo que pudesse contribuir para a mudança da visão da sexualidade na lesão medular.

Para tal foram traçados os seguintes objectivos:

- Contribuir para aumentar os conhecimentos gerais acerca da sexualidade humana;
- Contribuir para aumentar os conhecimentos acerca da fisiopatologia da lesão medular;
- Contribuir para aumentar as informações acerca das consequências da lesão medular a nível sexual;
- Contribuir para o conhecimento e utilização de estratégias alternativas que pudessem potencializar a satisfação sexual;
- Perceber o impacto que a lesão medular teve na sexualidade;
- Perceber o grau desse impacto em termos emocionais, psicológicos e relacionais;
- Contribuir para a modificação dos comportamentos que promovam o falocentrismo;
- Contribuir para uma maior satisfação sexual e consequente melhoria da auto-estima e da auto-imagem;
- Contribuir para a construção de uma ferramenta que se possa tornar útil às equipas multidisciplinares que acompanham estes indivíduos.

Por forma a atingir os objectivos traçados, a investigação foi dividida em quatro momentos distintos, que denominámos Momento I, Momento II, Momento III e Momento IV.

No primeiro momento, foi utilizado um questionário que visava obter alguns dados dos sujeitos, designadamente, em termos sócio-demográficos, acerca da lesão medular (etiologia, nível, tipo e extensão), eventuais consequências psicológicas decorrentes do evento traumático, bem como informações de ordem sexual e reprodutiva.

O segundo momento englobou uma entrevista semi-estruturada, com nove questões abertas, com o propósito de auscultar o discurso dos sujeitos referente a temáticas que resultaram do apuramento bibliográfico e dos resultados do Momento I.

No Momento III foram constituídos grupos com o objectivo formativo, necessidade apurada nas fases anteriores. Foi, ainda, colhida informação em relação a eventuais áreas erógenas, bem como ao levantamento de “gatilhos” de excitação sexual subjectiva. Por fim e, baseado nos conhecimentos atribuídos e nos resultados obtidos, os sujeitos foram integrados na abordagem terapêutica através de um desenho individual de intervenção.

As três questões abertas da entrevista semi-estruturada do último momento, pretendiam analisar o discurso dos sujeitos relativamente ao impacto que, eventualmente, as três fases anteriores poderão ter tido na vivência da sexualidade após a lesão.

A explanação destes momentos decorre, detalhadamente ao longo do trabalho, com apresentação e discussão de resultados, separadamente, em cada uma das etapas descritas.

As conclusões consideradas mais relevantes estão divididas em duas fases, esclarecidas no discurso do grupo, no Momento II e no Momento IV. De salientar que se na fase inicial os sujeitos demonstravam poucos conhecimentos acerca da sexualidade e da patologia que tinham, bem como, baixa satisfação sexual e diminuição da auto-confiança e da auto-estima, na etapa final descreveram-se como mais satisfeitos, confiantes no futuro e, sobretudo, sublinharam a desfocalização genital a que estavam presos e que, provavelmente, os impedia de se entregarem a uma nova descoberta da sexualidade.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Espinhal medula: Considerações anatómicas

A coluna vertebral é, classicamente, dividida em região cervical, dorsal ou torácica, lombar e sacro-coccígea. Composta por 33 vértebras, a região cervical possui 7, a torácica 12, a lombar 5 e a sacro-coccígea comporta 5 vértebras sagradas, formando o sacro, consolidando-se com outras 4 ou 5 vértebras coccígeas, agrupadas numa estrutura denominada o cóccix. Cada vértebra é constituída pelo corpo vertebral, apófise espinhosa, apófises transversas, apófises articulares, lâminas vertebrais e pedículos. O canal vertebral é delimitado pelo corpo vertebral e pela apófise espinhosa, contendo a espinhal medula (R. Adams & Vitor, 1996).

A espinhal medula no Homem tem uma forma cilíndrica e ligeiramente achatada, anterior e posteriormente (Gruener & Biller, 2008). Com cerca de 45 cm de comprimento, estende-se desde a altura do Atlas (C1) até à primeira ou segunda vértebra lombar, onde se afila para formar o cone medular. As meninges (dura-máter, aracnoideia e pia-máter), membranas que revestem a espinhal medula, têm o objectivo de a proteger e nutrir (Defino, 1999).

A estrutura interna da espinhal medula possui feixes orientados longitudinalmente (substância branca), circundando zonas centrais (substância cinzenta). Os feixes da substância branca são formados por vias nervosas ascendentes e descendentes.

De acordo com Defino (1999), os feixes mais relevantes, do ponto de vista clínico, são o espinotalâmico ventral (impulsos relacionados com o tacto), o espinotalâmico lateral (media os impulsos da sensibilidade dolorosa e da temperatura do lado contralateral), o espinocerebelar ventral e dorsal (relacionado com a propriocepção), os fascículos grácil e cuneiforme (conduzem impulsos proprioceptivos, com origem nos músculos, tendões e articulações, impulsos tácteis de localização e discriminação, e sensações vibratórias) e o corticoespinhal lateral e ventral (controlam a força motora, testáveis através da contracção voluntária ou involuntária mediante estímulo doloroso).

A substância cinzenta, num corte transversal, assemelha-se a um H e é dividida em corno anterior, onde se encontram os corpos celulares dos neurónios motores e vísceromotores (aférentes), corno posterior, onde se situam os neurónios sensitivos (eferentes) e corno lateral, onde residem os neurónios do sistema simpático. As fibras motoras unem-se às fibras sensitivas para formar o nervo espinhal (R. Adams & Vitor, 1996).

O Sistema Nervoso Periférico é constituído por 31 pares de nervos espinhais: 8 cervicais, 12 torácicos, 5 lombares, 5 sagrados e 1 coccígeo (Goshgarian, 2003). O primeiro nervo espinhal cervical emerge entre o atlas e o crânio; do segundo ao sétimo cervical, os nervos deixam o canal vertebral acima da vértebra correspondente. O oitavo nervo abandona o canal vertebral abaixo da sétima vértebra cervical. Os seguintes deixam o canal vertebral sempre abaixo da vértebra correspondente. Cada par de nervos espinhais está associado a um segmento medular (metâmero) e cada área correspondente à inervação motora e sensitiva de cada segmento, designa-se por miótomo e dermatomo, respectivamente (Jacob, Francone & Lossow, 1990).

2. Lesão medular

2.1. História

As primeiras referências às lesões medulares encontram-se no Antigo Egipto (3000-2500 a.C.). O Rei Hammurabi da Babilónia (1955-1912 a.C.) decretou diversas leis referentes a determinadas áreas da sociedade de então, entre elas a medicina.

Este código destinava-se particularmente aos cirurgiões da época, desmotivando-os de arriscar procedimentos pouco conhecidos. Um exemplo desse código é referido por Goodrich (2007):

If a physician makes a wound and cures a freeman, he shall receive ten pieces of silver, but only five if the patient is the son of a plebeian or two if he is a slave. However it is decreed that if a physician treats a patient with a metal knife for a severe wound and has caused the man to die, his hands shall be cut off.

Durante 1700 a.C. o papiro de Edwin Smith foi uma importante ajuda no desenvolvimento do conhecimento clínico e cirúrgico (Naderi, Türe, & Pait, 2004). Este manuscrito incluía uma descrição detalhada dos sinais e sintomas da patologia, mas os procedimentos cirúrgicos que apontava não eram orientados para a correcção etiológica da lesão, já que advertia para a impossibilidade do tratamento destes doentes, prognosticando liminarmente a sua morte (Lifshutz & Colohan, 2004). Contrariamente, na Índia da época, com a descrição de Sushruta Samhita, apesar de não se acreditar na cura, recomendava-se o tratamento com a colocação de ligaduras e repouso absoluto por tempo indeterminado (Eltorai, 2003).

Na Grécia Antiga, Aesculapius, filho de Apolo, Deus do Sol, era o Deus da Medicina, pelo que todas as doenças eram atribuídas aos seus desígnios e entregues à sua resolução. Esta cultura religiosa sobrepunha-se à cultura científica, impedindo e atrasando quaisquer progressos no conhecimento. Porém, Hipócrates (460-377 a.C.), referenciado como sendo o pai da medicina, salientou-se pela abordagem diferente junto destes doentes. Apoiado em observações exaustivas, acreditava que os resultados empobrecidos de recuperação destes sujeitos estavam directamente ligados com questões de natureza obstrutiva visceral, promovendo, assim, a implementação de dietas específicas (Naderi et

al., 2004). Com o objectivo de diminuir deformidades resultantes da lesão, criou um aparelho de tracção, que ao longo dos séculos e com as devidas adaptações, se mantém como um recurso de tratamento (Lifshutz & Colohan, 2004).

Em Roma, durante o século I a.C., Aulus Celsus, no seu *Tratado de Medicina*, apoiava a técnica de tracção de Hipócrates em detrimento de intervenção cirúrgica. Os melhores resultados centravam-se na imobilização e na estabilização, embora não acreditasse que os doentes vivessem muito tempo. Pelo contrário, identificava a morte imediata após uma lesão cervical e uma sobrevivência relativamente maior em casos de outras lesões (Goodrich, 2007). Reconheceu ainda que as lesões cervicais implicavam dificuldades respiratórias e as lesões dorsais, lombares e sagradas resultavam na fraqueza dos membros inferiores e consequente incontinência urinária e fecal. Foi também durante este século que Aretaeus elaborou a primeira classificação dos níveis de lesão medular (Lifshutz & Colohan, 2004).

Galeno, em 150 a.C., inspirado pelos trabalhos anteriores de Hipócrates, Celsus e Aretaeus, contribuiu de forma prodigiosa para a compreensão das lesões medulares. Descreveu anatomicamente a espinhal medula e os plexos braquial e lombo-sagrado e identificou a perdas sensitivas e motoras de acordo com os locais da lesão (Lifshutz & Colohan, 2004; Naderi et al., 2004). Num estudo experimental, Galeno descreveu um caso que hoje é conhecido como Síndrome de Brown-Séquard. São-lhe ainda atribuídas as nomenclaturas cifose, lordose e escoliose (Goodrich, 2007). Apesar de concordar com as técnicas de Hipócrates, Galeno recomendava que, havendo fragmentos ósseos na espinhal medula, estes deviam ser retirados através de cirurgia. As suas recomendações vigoraram por séculos e foram universalmente aceites pela comunidade científica.

Na Idade Média, os estudiosos da medicina assistiram à primazia que as invasões bárbaras atribuíam às crenças religiosas em detrimento da ciência. Paulus de Aeginata (625-690 d.C.) veio travar este curso e alterar a visão implementada por Hipócrates (Naderi et al., 2004). O método da descompressão cirúrgica (laminectomia), bem como a remoção de fragmentos ósseos, apesar de não reunir consenso universal, abriu um claro caminho para as intervenções cirúrgicas, até então, ainda muito compartimentadas pelos decretos do Rei Hammurabi (Goodrich, 2007).

Durante a Era Escolástica (750-1200 d.C.), predominava a espiritualidade e o paradigma era assente na busca da relação entre a fé e a razão. Estudos experimentais que conduzissem a conclusões científicas eram desencorajados, sendo que o objectivo da ciência seria correlacionar a realidade dos factos com a verdade espiritual. Nesta época a confusão entre química, alquimia, astronomia e astrologia era frequente e os argumentos que contrariassem este pensamento eram muitas vezes resolvidos na fogueira da Santa Inquisição. Conhecida como a época de ouro das cópias, transcreviam-se manuscritos, traduziam-se tratados, elaboravam-se revisões dos estudos de Hipócrates, Galeno e Paulus de Aeginata, porém vivia-se uma época vazia de progresso científico, sendo que os fisiologistas apenas se limitavam a seguir orientações já descritas para tratar lesões medulares decorrentes da Guerra Santa (Lifshutz & Colohan, 2004).

Ainda durante este período, Guilherme de Saliceto (1210-1277 d.C.), nos seus trabalhos teóricos, enfatizava a necessidade de os cirurgiões conhecerem bem a anatomia humana antes de recorrerem à exploração cirúrgica. Para tal recomendava o recurso a técnicas antigas, como a imobilização e a estabilização. Por seu lado, a medicina árabe, através do Corão, desencorajava a dissecação humana e os estudantes apoiavam-se nas traduções derivadas dos estudos gregos e romanos para evitarem violações religiosas (Godrich, 2007).

Avicenna (980-1037 d.C.), um fisiologista persa, evidenciou-se com a obra *Canon Medicinae*. Apesar de se tratar de uma enciclopédia baseada nos estudos de Hipócrates e Galeno, tornou-se amplamente conhecida e utilizada como método de estudo dadas as suas descrições detalhadas acerca da anatomia e fisiologia humanas (Naderi et al., 2004). Mas a passividade experimental da comunidade científica árabe deu lugar à reintrodução do cautério quente, já utilizado no Antigo Egipto, para controlar hemorragias e à utilização do escalpelo para as incisões cirúrgicas. Esta estagnação intelectual conduziu a medicina a um estado primitivo. Por esta altura os ritos religiosos eram a instrumentação usada por monges para combater as doenças.

Finalmente no século XIII a Escola de Salerno (Schola Medica Salernitana) recuperou a medicina europeia das trevas e dava-se início ao período Renascentista que, através de Constantinus Africanus, Rolando de Parma, Petrus de l'Argelata, Ambroise Paré e Fa-

bricius Hildanus, se tornou no período mais profícuo em técnicas experimentais nas lesões medulares (Eltorai, 2003; Lifshutz & Colohan, 2004). Mas foi ainda no século XII que Rogério de Salerno sugeriu pela primeira vez a utilização da *spongia soporífera*, uma esponja contendo um preparado que incluía ópio e que induzia o sono, minimizando a agonia dos doentes durante o acto cirúrgico. Teodoro de Bologna seguiu os seus procedimentos anestésicos e contribuiu adicionalmente com a técnica asséptica que impedia exsudados purulentos de permanecer em contacto com a área cirúrgica, o que até então se considerava ser útil para a cura das feridas (Deshaies, DiRisio, & Popp, 2004; Goodrich, 2007).

No século XV, Leonardo de Bertapalia, intervencionista na espinal medula, escreveu uma série de regras a serem observadas pelos cirurgiões como manual de boas práticas e que permanecem consensuais até aos dias de hoje.

Na escola mais influente da época, a Universidade de Montpellier, difundiam-se as práticas do cirurgião Guy de Chauliac, que tinha como pressuposto principal para se ser um bom cirurgião, a remoção de objectos estranhos, a conservação e a preservação dos tecidos. As suas publicações orientaram toda a Europa até ao século XVI, altura em que surge Ambrose Paré, de quem se seguiu as práticas ao longo dos séculos XVII e XVIII (Eltorai, 2003). Foi já no século XVIII que Johann Jacob Huber, um médico suíço, deu um forte impulso à descrição anatómica da espinal medula e sugeriu que devia ser dividida em partes.

O século XVIII foi profícuo em descrições *pró* cirurgia da espinal medula, sendo que, segundo Lifshutz e Colohan (2004), estas crenças eram baseadas mais em questões de ordem emocional do que propriamente em teorias científicas sólidas. Porém, alguns achados teóricos surgiram através das práticas cirúrgicas. Charles Bell, em 1811, deduziu que as raízes anteriores dos nervos espinhais eram dedicados à transmissão dos impulsos motores do cérebro para os membros e tronco, enquanto as raízes posteriores, transportam, selectivamente, impulsos sensoriais ao cérebro, a partir da periferia (Pearce, 2008). Ainda durante este século, Charles Brown-Séquard realizou diversas hemiseccções em animais onde observou ausência contralateral da dor e da temperatura, com

perda ipsilateral do feixe corticoespinhal e das colunas posteriores. Estes achados clínicos conduziram ao termo síndrome de Brown-Séquard (Pearce, 2008).

O início do século XIX foi marcado por uma diminuição do entusiasmo do século anterior. Diversos cirurgiões publicavam relatos de insucessos e os resultados deram origem a que se vivesse um período alargado em que o tratamento de lesões medulares era apenas conservador, em detrimento da cirurgia. Porém, o desenvolvimento do conhecimento científico durante este período deu origem a alguns conceitos até então ignorados: o conceito de choque medular, a distinção entre paralisia espástica e flácida, e as disfunções dos esfíncteres (Lifshutz & Colohan, 2004). Astley Cooper identificou as lesões da cauda equina e William Gull criou o termo quadriplegia (Eltorai, 2003).

O século XX teve um importante impulso dado por Ludwig Guttman, que sempre encarou os doentes com lesão medular como reabilitáveis, sendo o fundador dos paralímpicos. Mais tarde, John Young, influenciado pelo trabalho de Guttman, criou os modelos de reabilitação que têm como propósito ir ao encontro das necessidades dos doentes, criando objectivos específicos, direccionados a reabilitar as áreas mais afectadas (Donovan, 2007).

Presentemente, áreas de investigação férteis, como a aplicação de células estaminais, configuram-se como promissoras (Hulsebosch, 2002). Também o papel inibitório da mielina do Sistema Nervoso Central na regeneração de axónios tem vindo a ser elucidativo, factor que tem conduzido ao estudo de vários anticorpos para promover a recuperação da espinhal medula (Lifshutz & Colohan, 2004).

Deshaies et al., (2004) referem que existem semelhanças surpreendentes entre a forma como a lesão medular era tratada por Teodoro de Bologna, na Época Medieval, e os protocolos de intervenção do presente, nomeadamente nas técnicas de tracção e estabilização. No entanto, o desenvolvimento científico do último século, permitiu um avanço importante nas técnicas de intervenção como, por exemplo, o caso da aplicação dos facilitadores de crescimento ósseo (proteínas ósseas morfogenéticas), já aprovados pela *Food and Drug Administration* e que, actualmente, estão a ser usados universalmente (McDonnell, 2004).

Se no passado os lesionados medulares eram considerados como pessoas a não serem tratadas, no presente o objectivo é a reabilitação holística (Deshaies et al., 2004). Espera-se, então, que no futuro possam ser curados através de estratégias estipuladas como prioridades a desenvolver: reduzir os efeitos do dano inibindo a reacção inflamatória inicial, incentivar a função neuronal, melhorar a regeneração, substituir as células perdidas e reduzir os défices dos circuitos neuronais (Donovan, 2007).

2.2. Caracterização

A lesão medular pode ser definida por uma interrupção completa ou incompleta dos feixes nervosos, responsáveis pela função motora e sensitiva, bem como pelo controlo autónomo do sistema de órgãos.

Embora o traumatismo possa causar dano apenas na espinhal medula, a preservação da coluna vertebral é rara e resulta, normalmente, de uma força aplicada a certa distância. A lesão osteo-articular causal pode ser por uma fractura-luxação, uma fractura simples e/ou luxação simples (R. Adams & Victor, 1996).

A American Spinal Injury Association (ASIA) actualizou em 2003 a edição criada em 1996 dos *International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury* (ASIA, 2003). Esta publicação possui a finalidade de homogeneizar a classificação da lesão medular. Podemos, deste modo, caracterizar esta patologia quanto ao nível e extensão da lesão (Maynard et al., 1997).

Define-se *tetraplegia* como a redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. Desta lesão pode resultar a redução ou perda de função nos membros superiores, no tronco e nos órgãos abdominais pélvicos (ASIA, 2003).

A *paraplegia* refere-se à redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sagrados, em consequência da lesão do tecido nervoso medular. Neste caso, o funcionamento dos membros superiores está preservado. No entanto, em função do nível da lesão, pode resultar redução ou perda de função do tronco, dos

membros inferiores e dos órgãos abdominais-pélvicos. Neste termo pode incluir-se a lesão do cone medular e da cauda equina (ASIA, 2003).

Relativamente à extensão transversal da lesão medular, podemos defini-la como *completa* ou *incompleta*. Nas lesões completas é constatada a ausência de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sagrado. As lesões incompletas são definidas como havendo preservação parcial da função sensitiva e/ou motora, abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sagrado (ASIA, 2003).

Tal como recomendado pela ASIA (2003), o exame neurológico avalia, sucessivamente, a sensibilidade e a motricidade, de modo a definir os níveis lesionais sensitivo e motor. Quanto à sua expressão clínica, podem, ainda, caracterizar as lesões medulares, cinco grandes síndromes clínicas: centro-medular, Brown-Sequard, anterior-medular, cone medular e cauda equina. Assim, a quantificação do examen neurológico, efectuado segundo os critérios da American Spinal Injury Association, permite classificar cada doente, utilizando o *score* da escala da ASIA que, combinado com o nível da lesão, caracteriza objectivamente, bem como permite avaliar as consequências funcionais.

Relativamente aos objectivos funcionais associadas à lesão medular, Lindsey, Klebine e Wells (2000) e Spinal Cord Injury Information Network (s. d.) apresentam o potencial esperado em lesões medulares completas, segundo o nível da lesão (Quadro 1).

Quadro 1

Funcionalidades expectáveis de acordo com o nível da lesão

Nível	Funcionalidade
C1-C3 (Movimentos limitados da cabeça e pescoço)	Pentaplegia: Preserva as funções de mastigar, deglutir e soprar. Depende de um ventilador para respirar. A comunicação pode ser muito limitada ou impossível, embora possa ser realizada através de tecnologias para o efeito, o que pode facilitar as actividades do cuidador. Para a mobilidade pode operar uma cadeira de rodas eléctrica, usando um comando adaptado (cefálico, mentoniano ou de boca). Dependência muito elevada.
C3-C4 (Pode ter controle da cabeça e pescoço. Sujei-	Tetraplegia: Não pode colocar-se de pé. Capacidade respiratória reduzida. Pode necessitar de um respirador inicialmente. Cadeira de rodas eléctrica. Pode ler e escrever com adaptadores de boca. Assistência permanente para

Nível	Funcionalidade
tos com nível C4 podem encolher os ombros)	actividades de vida diária. As tarefas diárias dependem de equipamentos especializados.
C5 (Pode ter controle da cabeça e pescoço. Sujeitos com nível C5 podem encolher os ombros, dobrar os cotovelos e virar a palma da mão)	Tetraplegia: Não pode colocar-se de pé. Capacidade respiratória reduzida. Cadeira de rodas com adaptações no aro impulsor. Pode comer, beber, escrever e realizar funções simples da vida diária com adaptadores para as mãos. É possível gerir os seus próprios cuidados de saúde (pode inclinar-se para a frente e para trás para aliviar a pressão corporal). Empurrar uma cadeira de rodas manual em distâncias curtas e superfícies lisas, pode ser viável. Conduzir veículos automóveis pode ser possível, após determinação das necessidades especiais. Dependência elevada.
C6 (Possui movimentos da cabeça, pescoço, ombros, braços e punhos. Pode encolher os ombros, dobrar os cotovelos e virar as palmas das mãos)	Tetraplegia: Não pode colocar-se de pé. Capacidade respiratória reduzida. Impulsiona a cadeira de rodas com mais potência. Pode fazer a sua higiene e vestir-se com ajuda de instrumentos técnicos para o efeito. Tem possibilidades de melhorar substancialmente a função das suas mãos através de acto cirúrgico. Com ajuda de equipamentos, pode executar actividades de vida diária com maior facilidade e independência, nomeadamente, alimentação e higiene pessoal. Alguns indivíduos podem fazer transferências de forma independente, porém, na maior parte das vezes necessitam de uma tábua de transferência.
C7 (Tem capacidades semelhantes a um indivíduo com C6, sendo, adicionalmente, capaz de endireitar os cotovelos)	Tetraplegia: Não pode colocar-se de pé. Capacidade respiratória reduzida. Dependência e utilização de cadeira de rodas, auto-propulsionada em superfícies lisas. Pode transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa, com independência. A função das mãos, após cirurgia, é satisfatória. É capaz de realizar actividades domésticas e pode conduzir um automóvel adaptado.
C8-T1 (Possui força e precisão nos dedos, que resulta da função da mão)	Paraplegia: Capacidade respiratória reduzida. Dependência parcial. Pode viver de forma independente, sem dispositivos de apoio para a alimentação, higiene pessoal e controlo de esfíncteres. Utilização de cadeira de rodas manual, com transferências efectuadas de forma independente e condução de automóvel com controlo manual.
T2-T6 (Possui função motora normal na cabeça, pescoço, ombros e membros superiores. Maior controlo de tronco)	Paraplegia: Capacidade respiratória reduzida. Totalmente independentes na cadeira de rodas. Condução de automóvel com controlo manual. Pode realizar actividades domésticas. É possível o trabalho sedentário, de actividade intelectual e manual. Alguns podem conseguir caminhar distâncias curtas, de forma pendular e com instrumentos técnicos para o efeito, apesar de requerer elevada energia e causar danos nas articulações superiores, sem real ganho funcional.
T7-T12 (Possui maior capacidade para tossir e controlo de tronco e motor abdominal)	Paraplegia: Independência com cadeira de rodas manual e condução de automóvel com controlo manual. Alguns podem conseguir caminhar distâncias curtas, de forma pendular e com instrumentos técnicos para o efeito, apesar de requerer elevada energia e causar danos nas articulações superiores, sem real ganho funcional. Se tiver força ao nível do tronco superior e membros superiores, pode subir e descer escadas.

Nível	Funcionalidade
L1-L5 (Maior recuperação da função motora dos quadris e joelhos)	Paraplegia: Completa independência. Caminhar pode ser uma função viável, com ajuda de instrumentos (ortóteses longas). Condução de automóvel com controlo manual.
S1-S5 (Dependendo do nível da lesão, existem vários graus de controle de esfíncteres e das funções sexuais)	Capacidade de recuperação da marcha, com ou sem apoio de dispositivos. Quanto mais baixo o nível da lesão, maior a capacidade de recuperação de funções.

2.3. Epidemiologia, etiologia, incidência e prevalência

A informação epidemiológica existente sobre lesões medulares reporta-se com frequência às lesões traumáticas e as metodologias são em regra díspares, com consequência na comparabilidade dos dados entre diferentes países e no mesmo país. Em Portugal estes estudos são escassos (Faria, 2006), havendo um estudo da cadeia epidemiológica na Região Centro sobre os acidentados entre 1989 e 1992 (F. Martins et al., 1998). Estes autores descrevem a taxa de incidência de 25.4 por milhão de habitantes, excluídos os que faleceram durante o transporte para os hospitais, bem como durante o primeiro mês. Considerando a totalidade dos sinistrados descreveu-se uma incidência de 58 novos casos por milhão de habitantes. No entanto, este estudo pode já não corresponder à realidade actual, considerando a melhoria dos cuidados pré-hospitalares que resulta da melhor cobertura do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e até da modificação da sinistralidade.

A revisão da literatura publicada desde 1995 com o objectivo de conhecer a incidência e a prevalência da lesão medular a nível mundial confirma a diversidade dos resultados, em consequência da diversidade das metodologias adoptadas e dos próprios contextos económicos e sociais, embora estes dados mostrem que não mudaram substancialmente nos últimos 30 anos. As publicações disponíveis indicam uma prevalência estimada entre 223 e 755 casos por milhão de habitantes, enquanto a incidência anual varia entre 10.4 e 83 por milhão de habitantes. A lesão medular traumática predomina nos jovens, tendo como idade média mais frequente os 33 anos; o homem continua a ser o mais

atingido numa relação de 3.8/1. Um terço das lesões medulares actuais tem uma tetraplegia e 50% destes doentes têm uma lesão completa (M. Wyndaele & J. Wyndaele, 2006).

Estes autores apontam, ainda, a necessidade de melhorar o registo das lesões medulares, bem como da sua publicação mundial, defendendo a uniformidade na metodologia. Os dados da América do Norte e da Europa mostram valores mais elevados de incidência, mas as estimativas de prevalência permaneceram os mesmos. A epidemiologia parece ter mudado nas últimas décadas, com uma maior percentagem de tetraplegia e das lesões completas.

2.4. Complicações orgânicas associadas que dificultam a actividade sexual

Em consequência da lesão medular podem ocorrer complicações directas da lesão, tais como a dor e a espasticidade, as infecções das vias aéreas e do tracto urinário, cem como alterações do revestimento cutâneo. Estas complicações são frequentes e podem condicionar episódios de disreflexia autónoma (Haisma et al., 2007).

2.4.1. Disfunção vesico-esfincteriana e intestinal

Uma lesão medular pode condicionar uma alteração do controlo neurológico da bexiga e do esfíncter uretral, com consequências funcionais que dependem do nível e da extensão da lesão (N. Fonte, 2008). Uma das principais causas de morte do lesionado medular é devida a complicações do tracto urinário, culminando em insuficiência renal (Soden et al. 2000; Krause, Carter, Pickelsimer, & Wilson, 2008).

N. Fonte (2008) refere que os doentes com lesão medular apresentam um risco aumentado de desenvolverem urolitíase. Nos primeiros oito anos após a lesão, cerca de 7% dos doentes desenvolvem litíase renal e, aproximadamente, 36%, litíase vesical. Esta última é, então, a segunda complicação urológica mais comum nestes doentes, logo a seguir à infecção do tracto urinário (A. Silva, Sousa, Miranda, & Andrade, 2010). A principal causa apontada para o aparecimento desta complicação é a cateterização intermitente,

independentemente de variáveis como a idade, o sexo ou o nível e extensão da lesão (Ord, Lunn, & Reynard, 2003).

O treino intestinal deve começar logo após o início da alimentação entérica, ainda na fase aguda da lesão (Wuermsler et al. 2007). O medo ou o constrangimento associado a acidentes da bexiga e do intestino podem comprometer a actividade sexual (N. Fonte, 2008). Neste sentido, o Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) aconselha que os sujeitos com lesão medular sejam encorajados a considerar os cuidados esfinterianos como prioritários, de forma a controlar eventuais situações de incontinência durante o acto sexual.

2.4.2. Disreflexia autónoma

A disreflexia autónoma é uma das intercorrências mais graves e que acarreta risco de vida para um lesionado medular. Ocorre em sujeitos com lesões acima ou ao nível da 6^a vértebra torácica, resultante de uma hiperactividade simpática do segmento medular distal, tendo como principais factores desencadeantes estímulos cutâneos ou estímulos viscerais (Sartori & Melo, 2002).

Os “gatilhos” mais comuns para o despoletar de um episódio de disreflexia são apontados por McGillivray, Hitzig, C. Craven, Tonack e Krassioukov (2009) como sendo a dor em alguma parte do corpo, as infecções urinárias e/ou urolitíase, a disfunção intestinal e as úlceras de pressão. Como consequências estão presentes sinais de aumento significativo da tensão arterial, cefaleias intensas, ansiedade, bradicardia, sudorese profusa acima da lesão, midríase, congestão nasal, espasmos musculares, entre outros (Curt, Nitsche, Rodic, Schurch, & Dietz, 1997; Agotegaray, 2004).

Educar para as causas da disreflexia autónoma, estabelecer rotinas eficazes para o controlo dos esfíncteres e prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, parecem ser as medidas mais eficazes na prevenção desta emergência clínica em sujeitos com lesão medular (Krassioukov, Warburton, Teasell, & Eng, 2009; McGillivray, Hitzig, C. Craven, Tonack, & Krassioukov, 2009).

2.4.3. Espasticidade

A espasticidade é classificada, em geral, como um dos sintomas da síndrome do neurónio motor superior, caracterizada pela ausência da inibição do reflexo de estiramento, secundário à hiperexcitabilidade dos reflexos espinhais. Embora não seja uma condição inevitável, a espasticidade é, frequentemente, experimentada por sujeitos com lesão medular, afectando a sua qualidade de vida, inibindo diversas actividades de vida diária (M. Adams & Hicks, 2005). Através das modalidades de reabilitação física e de intervenções farmacológicas, a espasticidade pode ser controlada. O Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) sugere, ainda, que os indivíduos com lesão medular devem ser alertados para a eventualidade do seu nível de espasticidade aumentar aquando do contacto sexual.

2.4.4. Dor

Haisma et al. (2007) referem que a ocorrência de dor persistente em sujeitos com lesão medular pode não estar apenas directamente dependente de factores de ordem física, mas também psicossocial, já que interferem com a interpretação das mudanças ocorridas e daquilo que o sujeito espera da sua situação ao longo do tempo. Mais ainda, apontam o aumento das queixas após a alta hospitalar como consequência da perda de protecção da equipa clínica no seu quotidiano.

2.5. Complicações psicológicas associadas

O indivíduo com lesão medular sofre uma mudança no sentido psicológico do *self*. As mudanças podem ser tão significativas que perturbam a auto-estima, a capacidade de amar e de ser amado e a capacidade de se relacionar com o mundo. O sofrimento é visto como um estado que ocorre quando o sujeito percebe uma iminente destruição de si mesmo. Este sofrimento pode prolongar-se até à adaptação, momento em que o sentido do *self* é restaurado e ocorre mais frequentemente em relação à dor e aos sintomas corporais (Young & Woolsey, 1995).

É comum o sujeito sentir-se humilhado pela situação da nova dependência e pode experimentar sentimentos de vergonha, levando-o à indiferença e ao evitamento social, bem como ao estado de negação. Esta imagem contrasta com o estado irritado e ansioso, em que o sujeito responde com raiva e hostilidade em relação aos que o rodeiam (Young & Woolsey, 1995).

A resposta individual à lesão é, em grande parte, dependente da personalidade do sujeito antes do evento traumático. A sua estrutura de personalidade e o seu tipo de *locus* de controlo determinará os estilos de *coping* utilizados para fazer face a uma nova condição física. Os sujeitos tendem a minimizar a ansiedade e o stress através de mecanismos psicológicos de defesa que podem desempenhar um papel útil na adaptação (defesas maduras) ou levar a dificuldades na adaptação (defesas imaturas) (Anaut, 2005).

Do ponto de vista intrapsíquico, o processo psíquico da resiliência do sujeito dependerá de dois factores: a) a inflexibilidade ou maleabilidade dos mecanismos de defesa do ego para enfrentar os custos do traumatismo; b) a capacidade de elaboração mental, ou seja, o trabalho de mentalização que se traduz na expressão do trauma e das emoções associadas (Anaut, 2005).

Berry, Elliott e Rivera (2007) referem três protótipos de personalidade para os doentes com lesão medular: o resiliente, o controlado e o descontrolado. O controlo do ego define-se como uma característica que o indivíduo possui, que traduz a inibição *versus* a expressão de impulsos emocionais e motivacionais. A resiliência do ego refere-se às estratégias flexíveis e adequadas para a auto-regulação em resposta à incerteza, à mudança e às exigências ambientais e pode ser entendida como a regulação eficaz do controlo do ego. Sem uma resiliência do ego eficaz, os sujeitos são caracterizados como tendendo ao controlo exagerado, ou por outro lado, ao descontrolo.

A caracterização dos protótipos da personalidade apontados por Berry et al. (2007) são descritos como úteis em termos da adaptação às mudanças e às exigências ambientais, servindo de quadro conceptual para a intervenção terapêutica. Neste sentido, também Galhordas, Lima e Encarnação (2007) apontam a agressividade como sendo um comportamento reactivo que pode ser benéfico para o processo de adaptação à lesão.

Albrecht e Devlieger (1999) criaram o termo *deficiência paradoxal* para descrever a persistência de diversos indivíduos com deficiência grave em relatarem ter uma vida boa ou excelente, incluindo indivíduos com lesão medular, quer paraplégicos, quer tetraplégicos. Este fenómeno demonstra que o bem-estar subjectivo é uma dimensão estável, ligada aos traços de personalidade extroversão, que se relaciona com o bem-estar subjectivo, e ao neuroticismo, que se relaciona com as emoções negativas e menor bem-estar psicológico e que constituem fortes preditores de níveis emocionais positivos e negativos, respectivamente.

Migliorini e Tonge (2009) reforçam a robustez da descrição do bem-estar subjectivo feito pelos doentes com lesão medular, o que está de acordo com a *deficiência paradoxal*, já que se observam muitos indivíduos nesta condição física que não apresentam uma boa qualidade de vida. Será, então, para estes sujeitos que a reabilitação psicológica é mais adequada e útil (Albrecht & Devlieger, 1999; Migliorini & Tonge, 2009).

Não é incomum que os indivíduos com lesão medular apresentem patologias do foro psiquiátrico decorrentes do evento traumático e os estados depressivos e a ansiedade perante novas realidades, são os achados mais comuns descritos na literatura.

2.5.1. Estados depressivos e de ansiedade

Apesar de os estados depressivos e de ansiedade serem apontados como sendo as perturbações de ordem psicológica com maior prevalência entre os doentes com lesão medular (Krause, Kemp, & Coker, 2000), dado que se encontram directamente associadas a outras complicações, como a dependência funcional, as complicações orgânicas secundárias e uma integração social pobre, persiste uma lacuna em investigações com medidas de fiabilidade que dificultam a sua identificação objectiva de indivíduos com lesão medular (Kalpakjian, Bombardier, Schomer, Brown, & Johnson, 2008). Para além disso, encontram-se diferenças de estudo para estudo, dependendo do tipo de medidas utilizadas, da própria definição de depressão e de ansiedade e, especialmente, do tempo decorrido para a sua avaliação, ou seja, se foi efectuada durante o período de reabilitação, imediatamente depois ou bastante mais tarde (Krause et al., 2000).

No entanto, e apesar das controvérsias, os sintomas quer de uma perturbação, quer de outra, após uma lesão medular, são reportados pelos doentes e pelos profissionais de saúde directamente ligados à patologia (Craig, Hancock, Chang, & Dickson, 1998), e devem ser considerados como uma área emergente de intervenção, com foco de atenção diferencial de acordo com factores como a etnia, a idade, o género, a educação e a condição socioeconómica, e ainda, com outros achados psicopatológicos, nomeadamente, a perturbação de stress pós-traumático (Nielsen, 2003).

Krause et al. (2000) encontraram, no seu estudo, resultados que indicam que a depressão entre lesionados medulares tem maior prevalência em grupos de pessoas com idade mais avançada e cultural e economicamente mais desfavorecidos, e a alta prevalência de sintomas associados a um quadro depressivo persiste prolongadamente no tempo (Nicoitra, Critchley, Mathias, & Dolan, 2006).

Numa investigação longitudinal, Dorsett e Geraghty (2004) referem que, apesar de a sintomatologia depressiva não ser uma consequência inevitável nestes doentes, existem diferenças nos resultados encontrados de acordo com o tempo da avaliação: os sintomas depressivos aumentam significativamente após a alta hospitalar, para decrescerem no primeiro semestre seguinte. No entanto, após 3 anos de alta hospital, o número de lesionados com sintomatologia depressiva aumenta significativamente.

Embora a literatura não seja clara relativamente à significância estatística de lesionados medulares com sintomas de depressão major, apresentando um intervalo variável entre os 16% e os 30% (Weingardt, Hsu, & Dunn, 2001; Richards, Kogos, & Richardson, 2006), esta patologia pode representar um problema substancial para o sujeito pelo processo de luto que enfrenta depois de tal perda. Reacções à lesão do foro depressivo, ansioso e de revolta e/ou negação, devem ser objecto de vigilância, tendo em conta o risco de suicídio encontrado nestes doentes (Soden et al., 2000) e a avaliação do estado mental do doente passa pela determinação do significado que este dá à lesão e à natureza do seu sofrimento (Young & Woolsey, 1995).

Kennedy e Rogers (2000) apontam a ansiedade (juntamente com a depressão) como uma das psicopatologias descritas como fazendo parte dos estádios naturais pelos quais

os lesionados medulares passam. Porém, Richards, Kogos e Richardson (2006) referem que, tal como encontrado na literatura sobre a depressão nos lesionados medulares, também os achados sobre a ansiedade são variáveis relativamente à sua prevalência (entre 10% e 60%, em que os valores mais elevados são encontrados imediatamente antes da alta hospitalar). No entanto, os níveis de ansiedade são mais elevados nestes sujeitos do que na população em geral.

Quer seja para avaliar a existência de depressão, quer seja para determinar os níveis de ansiedade, diversos autores estão de acordo que existe a necessidade de objectivar os instrumentos de avaliação especificamente direccionados para os doentes com lesão medular, em detrimento da utilização de instrumentos gerais, que provocam resultados enviesados e com uma pobre validade (Kennedy & Rogers, 2000; Richards et al., 2006).

Craig et al. (1998) sugerem que a terapia cognitivo-comportamental de grupo de curta e longa duração diminui os níveis de ansiedade e o humor depressivo em doentes com lesão medular, pelo que, conseqüentemente, pode diminuir a taxa de reinternamentos e de abuso de substâncias ilícitas, prática encontrada nestes doentes (Weingardt et al., 2001).

3. Sexualidade e lesão medular

3.1. A resposta sexual humana: nota introdutória

Os relatórios de Masters e Johnson, assim como as investigações de Kinsey e de Shere Hite, emergiram num contexto histórico e social, com contornos de factualidade científica, apresentando uma distinção da ordem do género (sexualidade feminina vs sexualidade masculina) (Sena, 2010).

Explicados de uma forma mais biológica do que com outro perfil, a excitação, o *plateau*, o orgasmo e a resolução compõem as quatro fases do modelo de resposta sexual, originalmente proposto por Masters e Johnson (1966) e visto como a mais aceitável descrição dos aspectos fisiológicos e comportamentais da sexualidade. As fases descritas são observadas em ambos os géneros, porém a sua subjectividade pode originar diferenças na intensidade e na duração (Marques, Chedid & Eizerik, 2008).

Segundo Masters e Johnson (1966), a fase da excitação ocorre como resposta a estímulos sexuais, quer sejam de ordem física (reflexa), quer de ordem imaginativa (psicogénica). Esta fase é determinada principalmente pela acção do sistema nervoso parassimpático, através dos segmentos S2-S4. O sistema nervoso simpático, nos segmentos T10-L2, está, igualmente, envolvido, porém de uma forma subtil. O estímulo psicogénico pode funcionar simultaneamente como facilitador e inibidor e o grau de estimulação necessário para atingir a sensação de excitação sexual é condicionado pela estimulação psicológica. Outros factores como a saúde em geral e as questões de ordem relacional, podem de igual modo, condicionar a capacidade de excitação (Berman, 2005).

No sexo masculino esta fase caracteriza-se pela erecção peniana e mamilar. No caso do sexo feminino observa-se lubrificação vaginal, aumento dos grandes lábios e do clítoris, bem como erecção mamilar (R. Cavalcanti & M. Cavalcanti, 2006). A fase do *plateau* consiste num elevado nível de excitação que antecede os graus de gatilho para a obtenção do orgasmo. A duração desta fase varia consideravelmente, dependendo do tempo necessário para atingir o orgasmo. Se a estimulação for ineficaz durante esta fase, irá ocorrer um fenómeno gradual de diminuição da excitação. Nos homens a vasoconstricção

peniana continua e as mulheres experimentam uma expansão do canal vaginal. Se a estimulação for continuada, poder-se-á entrar na terceira fase do ciclo (Masters & Johnson, 1966).

Por vezes, o orgasmo é referido como ocorrendo em simultâneo com a ejaculação, resultando, assim, da activação de um arco reflexo. Neste caso, o orgasmo é controlado pelo sistema nervoso simpático; se não ocorrerem factores de ordem psicológica ou física que impeçam a sua obtenção, pode ser experienciado uma ou mais vezes. Então, a sua intensidade e duração, diferem de indivíduo para indivíduo e encontram-se intimamente relacionadas com o grau de excitação e com factores psicológicos e físicos (Elliott, 2002).

Nesta fase, no caso do homem, existe a emissão de fluido seminal (ejaculação), acompanhada de contracções rítmicas dos músculos pélvicos e da próstata. Na mulher notam-se contracções no primeiro terço da vagina, no útero e no esfíncter anal (Berman, 2005). Imediatamente após a ejaculação, os homens experimentam um período refractário que pode variar consoante o grau de excitação, idade e condição geral de saúde. Pelo contrário, a mulher não experiencia o período refractário, pelo que possui a capacidade de obter sucessivos orgasmos se a estimulação continuar (R. Cavalcanti & M. Cavalcanti, 2006). Durante a fase de resolução, as mudanças ocorridas nas anteriores fases, tendem a reverter. O processo é geralmente mais rápido para o homem do que para a mulher (Masters & Johnson, 1966).

Até então negligenciados, o desejo ou a predisposição só foram descritos por Kaplan em 1977, e corresponderiam à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial, assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias. O novo esquema considerava o ciclo de resposta sexual, então, composto pelas fases de desejo, vasoconstricção genital e orgasmo (Abdo, 2000).

A importância dos modelos propostos por Masters e Johnson e por Kaplan assentaram na mudança de paradigma que se edificou na visão da sexologia, porém não favoreciam o papel dos factores cognitivo-emocionais, legando para segundo plano aspectos subjetivos inerentes às práticas relacionais. Apesar de na definição de sexualidade de Masters

e Johnson estarem incluídas condicionantes como a biológica, a psicológica, a comportamental, a moral e a cultura, no seu modelo de resposta sexual, esses aspectos não são tidos em conta (Rosen & Beck, 1988).

Estes relatórios, não obstante terem sido divulgados em Portugal diversos anos depois da sua edição, constituíram o início de alguma libertação sexual. Mergulhado num regime de opressão generalizado, o país dos anos 50 vivia uma sexualidade envergonhada e reprimida (Freire, 2010). Para esta autora, o regime de ditadura que se vivia na época estendia-se aos afectos, sendo a exploração de novos prazeres encarado como um pecado que violentava o conservadorismo da altura.

Décadas mais tarde, R. Cavalcanti e M. Cavalcanti (2006) vieram propor o desejo, a excitação, o orgasmo e o relaxamento, como as fases mais comumente encontradas nas suas práticas como terapeutas sexuais. Para estes autores o acto sexual é um composto *f-F*, isto é, fricção e Fantasia, sendo que a Fantasia toma a primazia, o que implica defender que a estrutura orgânica actua exclusivamente na resposta sexual e que, se o estímulo emocional for diminuído ou ausente, a actividade sexual não se processa, por muito que a condição física tenha potencial para tal.

No quadro seguinte (quadro 2) apresentamos uma súmula das fases da resposta sexual humana propostas por Masters e Johnson, Kaplan e R. Cavalcanti e M. Cavalcanti:

Quadro 2

Fases da resposta sexual humana

Masters e Johnson	Kaplan	Cavalcanti e Cavalcanti
Excitação	Desejo	Desejo
Plateau	Vasoconstricção genital	Excitação
Orgasmo	Orgasmo	Orgasmo
Resolução	—	Relaxamento

Contudo, Basson (2006) acredita que os modelos “tradicionais” apenas são aplicáveis no início dos relacionamentos. Com o tempo o indivíduo modifica as suas necessidades, sobretudo no caso do sexo feminino que, por norma, tem uma resposta sexual mais di-

reccionada para a intimidade do que propriamente para os estímulos sexuais puramente físicos.

3.2. A vivência da sexualidade após lesão medular: o “estado da arte”

Como já havia sido referido, a lesão medular condiciona a interrupção das vias nervosas, o que se pode manifestar clinicamente por alterações da motricidade, da sensibilidade e do funcionamento do sistema nervoso autónomo. Assim, na sequência de uma lesão desta natureza, completa ou incompleta, mais ou menos alta, há uma perturbação das vias de condução nervosa e, para além das consequências neuromotoras evidentes e das suas implicações na locomoção, há uma alteração nos padrões da resposta sexual prévia, condicionada por factores físicos, psíquicos e sociais (R. Adams & Victor, 1996).

A actividade sexual está fisiologicamente preparada para assegurar a sobrevivência da espécie, pelo que existe uma componente irracional, reflexa e animal, embora as investigações em reabilitação da sexualidade destes sujeitos não devam resumir-se à fertilidade e à reprodução (Anderson, Borisoff, Johnson, Stiens & Elliot, 2007). Efectivamente a evolução antropológica e social introduziu na actividade sexual do homem factores sociais e culturais que são condicionantes importantes a ter em consideração num programa de reabilitação da vida sexual (Meinerz, 2010).

Milligan e Neufeldt (2001) referem que os indivíduos com deficiência tendem a ser considerados assexuados pelas sociedades em que estão inseridos. Segundo estes autores, os principais motivos prendem-se pela crença de que, por terem algum tipo de incapacidade, não são atractivos nem desejáveis e dificilmente encontrarão parceiro; outro motivo, será o pressuposto que estes sujeitos não possuem necessidades dessa natureza, pois existem danos físicos a esse nível que os impedem de sentir desejo. Por outro lado, Ostrander (2009) comenta que, de igual modo, os potenciais parceiros, podem acreditar que estes sujeitos não serão capazes de estabelecer um relacionamento sexual satisfatório, dadas as suas limitações.

Enquanto muitos casais se resignam à limitação sexual como fazendo parte da sua nova condição, outros não conseguem adaptar-se à insatisfação sexual e precipitam-se para uma profunda crise emocional (McInnes, 2003). Estas complicações adicionais podem diminuir a vontade do indivíduo em experimentar a sua nova condição sexual (Sharma, Singh, Dogra & Gupta, 2006), se bem que a tendência é que a importância atribuída à vivência da sexualidade depois da ocorrência do trauma seja a mesma auscultada antes do acontecimento, excepto em situações onde estão presentes restrições de ordem social (Cardoso, 2004; Fisher et al., 2002).

Não obstante o decréscimo de actividade sexual que é observado depois da lesão medular, estes indivíduos continuam a mantê-la e, sobretudo, a desejar recuperar o desempenho e bem-estar prévios ao evento (Alexander, Sipski & Findley, 1993). O elevado grau de importância que os lesionados 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 (Anderson et al., 2007).

3.2.1. Complicações associadas à função sexual

Os factores emocionais que, eventualmente, condicionam os mecanismos psicológicos da resposta sexual e que constituem o estímulo iniciador da excitação sexual e/ou erecção ou da manutenção das mesmas, não podem ser negligenciados (Kreuter, Sullivan & Siösteen, 1996). Porém, aparentemente, a eficácia destes factores depende, não apenas das memórias existentes, mas também da integridade das vias de condução descendentes (Foote, 2003).

Os estímulos erógenos podem ter uma origem periférica (visual, auditiva, olfactiva, sensitiva), ou encefálica, que resulta, no caso dos homens, numa erecção por activação do centro simpático torácico-lombar (T10-L2), posteriormente mantida pela actividade reflexa sagrada (S2-S4). Assim, uma erecção normal pode ser desencadeada por qualquer dos mecanismos (reflexo ou psicogénico), havendo, no entanto, necessidade de integridade dos dois centros e das respectivas conexões neurológicas para assegurar uma erecção de qualidade para permitir uma relação sexual (Elliot, 2003).

Na sequência de uma lesão medular o distúrbio erétil vai ser consequência directa das áreas deixadas inactivas. A destruição do centro Sagrado (S2-S4) ou das vias de condução aferentes ou eferentes vai afectar a possibilidade de obter uma erecção por estimulação reflexa, assim como a participação deste arco reflexo numa erecção de origem psicogénica (Gomes, Vendeira & Reis, 2003; Utida et al., 2005).

No entanto, para o género masculino, a obtenção da erecção é tão necessária para permitir o coito como para satisfazer o Ego e perspectivar uma vida, incluindo a actividade sexual e todas as suas envolventes e consequências. Porém, a obtenção da erecção (psicogénica ou reflexa) pode não bastar para o coito, uma vez que é necessário manter uma rigidez suficiente e duradoura (Anderson et al., 2007). A sua qualidade está, nestes casos, condicionada pelo nível e pela extensão da lesão (Lindsey, 1993; M. Alexander & C. Alexander, 2006).

De acordo com M. Alexander e C. Alexander (2006) em homens com lesões sagradas completas não estão descritas respostas erécteis à estimulação táctil e, habitualmente, a sensibilidade está ausente. Alguma tumefacção e erecção ocasional são encontradas através de estímulos psicológicos. Neste caso a resposta cerebral atinge os segmentos intactos T10-T12. A partir desses segmentos as fibras simpáticas conduzem as mensagens aos corpos cavernosos do pénis. A tumefacção observada é, frequentemente, de curta duração. Vestígios de fluido seminal podem aparecer na glande e a tumefacção geralmente regride. A explicação neurológica não é clara, mas como os segmentos T10-T12 e L1-L2 estão aparentemente relacionados, a interacção dos dois eventos não é surpreendente (Courtois, Charvier, Leriche, Côté & Lemieux, 2009).

Nas mulheres com lesões sagradas completas, a habitual sensação genital não é observada. A estimulação psicológica não parece ser suficiente para produzir visíveis modificações na vulva ou na vagina, embora a capacidade de acomodar o pénis no acto do coito não esteja comprometida. A vagina permanece húmida mesmo sem estimulação e o tónus muscular pré-lesão é mantido (Foote, 2003). Habitualmente, não existe descrição de orgasmo (Sodré & Faro, 2008). Sipski, Alexander, Gomez-Marin, Grossbard e Rosen (2005) experimentaram a estimulação vibratória genital nas mulheres com lesão medular com o objectivo de testar a resposta sexual através deste método, porém não

obtiveram resultados estatisticamente significativos, quando comparados com a estimulação manual do clítoris.

Segundo Szasz (1991), nos homens com lesões completas acima de T11, não se verifica, habitualmente, sensibilidade genital ao toque e às carícias. Porém, podem ocorrer erecções bastante satisfatórias em resposta a qualquer estímulo físico directamente na zona genital. Esta reacção é um reflexo natural, envolvendo a desinibição do arco reflexo que liga o pénis aos segmentos intactos. Este autor prossegue dizendo que estes estímulos podem não estar directamente relacionados com questões de ordem sexual, por exemplo, durante a higiene podem ocorrer erecções reflexas, que podem durar de poucos segundos a diversos minutos. Ramos e Samsó, (2004) referem que a erecção reflexa não sofre alterações com a idade ou com o tempo decorrido pós lesão, no entanto pode ser impedida por efeitos secundários a determinada medicação, por complicações urológicas e por espasmos musculares.

As mulheres com lesões completas acima de T11 também não referem sensibilidade genital. Contudo, a estimulação genital pode dar origem à tumefacção dos tecidos dos lábios e do clítoris. A lubrificação e o tónus vaginal podem ser mantidos, porém o orgasmo não é descrito (Sodré & Faro, 2008).

Nas lesões completas entre os níveis neurológicos T12 e S1 tanto a sensibilidade genital, como a capacidade de sentir orgasmo e de ejacular, não são observadas nos homens. Contudo podem experimentar uma ligeira tumefacção peniana através de estimulação psicológica e toque directo. Não existe coordenação entre estas reacções e as erecções são insatisfatórias, quer na sua consistência, quer na duração. Pode ocorrer alguma libertação de fluido seminal. A explicação para a ocorrência desta reacção reflexa é encontrada na disponibilidade que os segmentos sagrados e acima de T12 possuem para originar respostas independentes (Utida et al., 2005).

Em relação às mulheres com lesões completas entre T12 e S1 verifica-se a ausência de sensibilidade na área genital, sendo que, ainda que haja estimulação psicológica, a vagina não sofre alterações visíveis. As observações clínicas apontam para reacções seme-

lhantes às lesões completas do segmento sagrado. Não existe descrição de orgasmo (Sodré & Faro, 2008).

Nas lesões incompletas os efeitos dos componentes psicológicos e genitais da resposta sexual estão intrinsecamente ligados com o dano das vias e estruturas celulares requeridas. Por exemplo, nas lesões centrais a resposta sexual poderá ser íntegra. Se a lesão for uma hemissec o da medula (síndrome de Brown-Sequard), algumas respostas poderão estar intactas, enquanto outras apresentam dificuldades. Se a lesão parcial envolver a área dorsolateral ou ventrolateral, escassas manifesta es sensitivas e motoras podem dar origem a uma resposta (M. Alexander & C. Alexander, 2006

Tanto homens, como mulheres com lesão medular referiram ter vivenciado sensa es de orgasmo durante o sono (Comarr, Cressy & Letch, 1983; Money, Miralles & Ehrhardt, 1982). No entanto, de acordo com estes autores, ambos os sexos, com diversos níveis de lesão, referem que através de estímulos activos na área genital, experimentaram sensa es crescentes de prazer no baixo abd men e na área da bexiga e na zona inguinal, seguidas de decréscimo gradual dessas sensa es. Outros descrevem sensa es similares em consequência de carícias na nuca, pescoço, ouvidos ou outras áreas que previamente não tinham sido exploradas.

3.2.2. Consequências relacionadas com o desempenho sexual

O acto sexual   comumente referido como sendo solitário ou a dois. Este último está intimamente relacionado com a troca de carícias, beijos, penetra o genital e estimula o oral. A maior parte destas actividades, designadamente, a sexual, necessitam de coordena o músculo-esquelética que pode não ser possível num lesionado medular (Mendes, Cardoso & Savall, 2008).

No caso dos espasmos, apesar de em algumas situa es causarem efeitos aceitáveis quando surgem decorrentes da estimula o do parceiro, a sua ocorrência pode constituir dificuldades. A espasticidade cr nica, associada a contracturas, a dor, a sensa o de queimadura, podem conduzir a um ciclo de irritabilidade, depressão e diminui o da motiva o sexual (Wang et al., 2005). Situa es de sensa o de hipersensibilidade dolo-

rosa também são reportadas e podem ser o caso de lesões incompletas, onde se observa, por vezes, sensibilidade num dos lados da zona genital (Madorsky & Dixon, 1983).

A diminuição da sensibilidade ou a ausência desta, é, de igual modo, um factor de desmotivação para o exercício da sexualidade (Kreuter, Siösteen & Biering-Sørensen, 2008). No caso específico dos homens, problemas com a sensibilidade diminuem a probabilidade da ocorrência de uma erecção eficaz para a prática do coito (Reitz, Tobe, Knapp & Schurch, 2004). Para as mulheres, dificuldades na percepção da penetração ou da estimulação do clítoris, podem impelir ao evitamento da prática (DeForge et al., 2004).

Efectivamente, a lesão medular tem implicações negativas no desempenho sexual; no caso dos homens as dificuldades em obter uma erecção eficaz e consistente para a prática do coito, estão, na maior parte das vezes, presentes. Para além disso, a percepção do orgasmo e a capacidade ejaculatória, estão, de igual modo, afectadas (Spizzirri & Abdo, 2010). De acordo com Forsythe e Horsewell (2006) e Raghav (2009), as mulheres experimentam diminuição da lubrificação vaginal, pelo que é aconselhado o recurso aos lubrificantes a fim de evitar lesões. A maior parte dos sujeitos com lesão medular não esperam vir a recuperar a sua vida sexual conforme reconhecem ter tido antes do evento traumático (Fisher et al., 2002).

Efectivamente, as sensações de orgasmo reportadas podem resumir-se apenas a memórias prévias à lesão. Outras questões relativas à ocorrência de orgasmo e à ejaculação devem ser clarificadas, quer haja emissão seminal ou não. Alguns sujeitos referem sensações semelhantes ao orgasmo sem emissão de sémen, outros, pelo contrário, ejaculam sem que passem pela experiência sensitiva de orgasmo. Na maior parte dos casos, orgasmo e ejaculação são descritos como ausentes (Ferreiro-Velasco et al., 2005). Lima (2007) chama a atenção para a comum confusão entre orgasmo e ejaculação, já que na maior parte das situações estes dois acontecimentos são entendidos como sendo a mesma coisa.

Sipski (2000) defende a ideia de que em ambos os sexos a capacidade de obter um orgasmo diminui consideravelmente após uma lesão medular. Numa revisão da literatura

das últimas duas décadas é evidente que entre 42% e 47% dos homens estudados reportam algo semelhante ao orgasmo, descrevendo sensações diferentes e menos intensas comparativamente às sensações experienciadas antes da lesão. No caso das mulheres, as suas auto-descrições apontam para aproximadamente 50% possuírem capacidade de sentir orgasmo, embora Jackson e Wadley (1999) sugerirem que estes valores podem não corresponder à verdade e estarem directamente relacionados com o nível e a extensão da lesão. Bong e Rovner (2007) sublinham que descrições relatadas por homens e mulheres quando se referem à experiência do orgasmo, são similares.

Porém, os estudos auto-descritivos, apesar de informativos, podem revelar-se insuficientes para caracterizar as actividades fisiológicas que ocorrem durante um orgasmo. Assim, Sipski, M. Alexander e Rosen (1995) apoiam-se numa investigação laboratorial comparativa que resultou na capacidade de 50% das mulheres com lesão medular possuírem capacidade de sentir orgasmo, embora com um tempo de demora superior ao grupo de controlo sem lesão. O ritmo cardíaco e respiratório, bem como a tensão arterial, também não demonstraram alterações significativas entre os dois grupos. As lesionadas que não obtiveram orgasmo manifestaram como características concomitantes pouca informação e pouco interesse acerca da temática da sexualidade.

Em suma, os comprometimentos sensitivos e motores que estes indivíduos enfrentam, podem dificultar a resposta sexual entendida como orgasmo (Schopp et al., 2007). Também Stien (2008) relembra que uma lesão medular pode interromper ou perturbar as vias de comunicação necessárias à ocorrência do orgasmo, o que compromete, entre outras, a capacidade de o sentir. Sakellariou e Sawada (2006) e Ostrander (2009) apontam a importância que os sujeitos dão ao orgasmo e ao luto que vivenciam pela noção da sua perda.

3.2.3. Consequências relacionadas com o interesse sexual

As recordações positivas relativamente à vida sexual prévia à lesão, ajudam a um aumento da motivação para restabelecer as suas anteriores práticas. Aqueles que anteriormente praticavam o coito e utilizavam estimulações manuais e orais parecem ser mais

flexíveis à aceitação de alternativas pós-lesão. Experimentar novas posições e sensações alternativas, surge como uma extensão à sua anterior actividade sexual (Kellet, 1990).

Não é incomum o desejo sexual sofrer interferências causadas por dor crónica, desconforto, mal-estar e cansaço (Fisher et al., 2002). No entanto, Cardoso, Savall e Mendes (2008) não encontraram, nas suas investigações, alterações significativas do desejo nestes sujeitos. Outro aspecto importante a considerar é a questão dos esfíncteres, que quando não estão controlados e se observam perdas, pode contribuir para a diminuição do interesse sexual, resultando em inibição e, em muitas ocasiões, dificultando a relação sexual espontânea como acontecia previamente à lesão (Ostrander, 2009).

Para Kreuter (2000), Reitz et al. (2004) o desejo está presente em algumas situações, porém diminui num determinado momento, ou inversamente, pode não manifestar-se inicialmente, mas surgir com o início da prática sexual. É comum o desempenho do parceiro estar directamente relacionado com o interesse ou desinteresse do sujeito (Phelps, Albo, Dunn & Joseph, 2001). Para estes autores, um envolvimento agradável e uma estimulação empenhada, poderá aumentar o desejo e o prazer durante a actividade sexual, sendo que no caso dos lesionados medulares, este papel é preponderante para o sucesso da relação.

Acerca de estímulos preferenciais que despoletem a excitação sexual, as mulheres com lesão medular apontam em primeiro lugar o abraçar e o beijar, seguido por carícias manuais e orais nos mamilos. O estímulo visual, é, igualmente, considerado um potenciador da excitação sexual (Kreuter et al., 2008; Sipski, M. Alexander & Rosen, 2001).

Lombardi, Mondaini, Macchiarella e Del Popolo (2007) relacionaram, ainda, possíveis alterações hormonais, frequentes nas mulheres com lesão medular, que pudessem contribuir para a diminuição do desejo sexual. Contudo, estes autores não encontraram significância estatística nesta correlação, mas sim no que se refere ao seu relacionamento amoroso, pelo que concluíram que os aspectos psicológicos em detrimento dos físicos, podem ter maior relevância na manifestação do desejo sexual.

3.2.4. Consequências relacionadas com o comportamento sexual

Sexualmente, os lesionados medulares sentem-se, frequentemente, incapazes de competir com outros indivíduos sem esta problemática. A fraca auto-imagem, a baixa auto-estima e a sensação de que podem constituir um fardo demasiado pesado para os parceiros, pode inibir a participação em jogos de sedução (Kreuter 2000). No entanto, apesar desta inibição, e dado que existe uma variedade imensa de formas de relacionamentos e práticas relacionais, a maioria dos sujeitos com lesão medular tem companheiro e revelam ser felizes nesse aspecto da sua vida (Phelps et al., 2001).

No caso das mulheres, Jackson e Wadley (1999) sugerem que o nível da lesão é um dos preditores para o coito sexual, especialmente no caso das lesões lombares e sagradas; pelo contrário, a extensão da lesão não apresenta diferenças significativas. Já Pentland et al. (2002) revelam que as mulheres com lesão medular podem experimentar um comportamento de evitamento do contacto sexual, dado que se sentem ameaçadas pelo *fantasma* do abandono. Este abandono, segundo a sua perceção, poderá ser consequência do fraco desempenho sexual e da dependência física a que estão sujeitas.

Para colmatar e compensar a ausência ou diminuição de excitação sexual, Kreuter et al. (2008) referem que, para as mulheres, é comum o recurso à fantasia e, especialmente, às memórias anteriores à lesão, sendo que, em comparação com pessoas sem lesão medular, estas reportam um significativo interesse e satisfação sexual prévio ao evento, sugerindo que possuíam altos níveis de atractividade. De acordo com os autores, estas descrições poderão ser um viés ou uma auto-glorificação do tempo anterior à lesão medular.

3.2.5. Consequências relacionadas com a fertilidade, a contracepção e a menopausa

Em diversos lesionados medulares observam-se preocupações relativamente a questões relacionadas com a fertilidade e a contracepção. É comum considerar que a maioria dos lesionados medulares do sexo masculino se tornam inférteis após o evento. No caso das

mulheres a menstruação está ausente cerca de 5 meses após a lesão; depois de decorrido este tempo, a regularização da menstruação acontece, o que pressupõe evidências de potencial fértil (Wiwanitkit, 2009), não se conhecendo, no entanto, se comparativamente com outras mulheres sem lesão, o nível de capacidade fértil é semelhante (Ohl & Sonksen, 2010).

No caso dos homens a capacidade fértil é mais sujeita a disfunções, apesar desta ser observada em pequenas amostras de sémen. A dificuldade erétil, bem como a ausência de orgasmo e ejaculação não são preditores de infertilidade, no entanto é comum existir diminuição da qualidade do esperma atribuído, entre outras, a causas como a temperatura do escroto, os danos provocados pelos esvaziamentos da bexiga e infecções urinárias recorrentes (Utida et al., 2005). Contudo, achados recentes sugerem que a qualidade do esperma não sofre alterações negativas significativas ao longo do tempo, pois a contagem de espermatozóides mantém-se estável (Iremashvili, Brackett, Ibrahim, Aballa & Lynne, 2010). No caso das mulheres, DeForge et al. (2005) assinalam que estas não apresentam diferenças na capacidade fértil, quando comparadas com o período pré-lesão.

O melhor prognóstico para a fertilidade encontra-se no grupo das lesões sagradas; pelo contrário, as lesões acima de T10 apresentam risco de azoospermia (Bong & Rovner, 2007). A electroejaculação (meio para a recolha de esperma) e a inseminação artificial (meio para tentar a procriação) são os procedimentos mais utilizados quando os sujeitos desejam experimentar a paternidade e não possuem esta capacidade de forma natural (Utida et al., 2005). DeForge et al. (2005) chamam à atenção para a eventualidade da electroejaculação poder provocar sensações dolorosas e inflamações da mucosa rectal em lesões incompletas, pelo que nestes casos, a estimulação vibratória peniana deve ser a técnica preferencial. Estes autores referem, também, que a congelação do esperma após a ocorrência do evento traumático não parece aumentar a probabilidade de fertilização, já que existe a possibilidade da perda de motilidade com os procedimentos necessários à recolha.

Hamid, Patki, Bywater, Shah e Craggs (2006) sugerem que ejaculações repetidas melhoram significativamente a qualidade do esperma nos doentes com lesão medular, pelo

que, a ser-lhes possível, estes sujeitos devem, durante cerca de 3 meses que antecedem as primeiras tentativas de inseminação, dar início a esse processo de persistência. Utida et al. (2005) referem, de igual modo, que as ejaculações infrequentes contribuem para a diminuição de qualidade no sémen.

Szasz (1989) aponta os métodos contraceptivos como outra preocupação a ter em conta: para os homens a solução eficaz é a vasectomia; no caso das mulheres a contracepção oral poderá ser a mais fácil de auto-aplicação, já que outros requerem mais destreza motora na sua aplicação, nomeadamente os intravaginais, como o espermicida. No entanto, os contraceptivos orais apresentam perigos para as mulheres com lesões medulares, designadamente, complicações vasculares. Os dispositivos intra-uterinos são desaconselháveis devido a problemas relacionados com a sensibilidade, dado que as mulheres podem não sentir dor ou desconforto, sinais de perfuração uterina ou doença pélvica.

Apesar de, na generalidade, não estarem descritas complicações acrescidas durante a gravidez em mulheres com lesão medular, comparativamente com outras mulheres, Jackson e Wadley (1999) observam queixas significativas de infecções urinárias recorrentes e exacerbação dos episódios de disreflexia autónoma. Estas autoras referem, ainda, que o momento do parto pode despoletar diversas ocorrências, designadamente, dores acima do nível da lesão e aumento da espasticidade. Apenas uma pequena percentagem das mulheres têm parto eutócito, sendo, frequentemente, necessário recorrer ao uso de *forceps* e/ou ventosa (Carvalho, Costa, Filho, Oliveira & Oliveira, 2010).

Algumas queixas são, de igual modo, reportadas: a falta de apoio pré-natal e atitudes negativas face à gravidez por parte da rede social que as envolve, são aspectos que as mulheres apontam como uma ocorrência comum (Thierry, 2006). Por outro lado, a paucidade de investigações relacionadas com a saúde ginecológica das lesionadas medulares, é preocupante e cientificamente pouco rigorosa (DeForge et al., 2005).

Outras observações são assinaladas por Pentland et al. (2002). Estes autores referem-se à frustração que as mulheres com lesão medular manifestam por não serem informadas relativamente a questões ginecológicas, designadamente quanto à ocorrência de infecções urinárias frequentes durante a menstruação e ao aumento do fluxo sanguíneo com o

passar do tempo. Outro aspecto são os sintomas de menopausa que as lesionadas medulares reportam logo a partir dos 40 anos.

Kalpakjian, Quint, Bushnik, Rodriguez e Terrill (2010) propõem um modelo explicativo da menopausa no contexto da lesão medular. Este modelo assenta nos pressupostos de que por desregulação térmica, bexiga e intestinos neurogénicos e alterações da resposta sexual nas mulheres com lesão medular, a menopausa acarreta sintomas severos, sobretudo com picos acentuados no estado pré e pós- menopausa. Para além dos sintomas comuns a outras mulheres, o desejo sexual é diminuído acentuadamente (Foote, 2003).

3.2.6. Consequências relacionadas com a auto-imagem sexual

A auto-imagem é fundamental para a construção do auto-conceito positivo (Vaz Serra, 1988a). Comentários de menos-valia acerca de si próprio e relacionados com a componente sexual, são comuns nos lesionados medulares (Kreuter, 2000). Atitudes pessimistas e pensamentos negativos acerca do seu comportamento como parceiro sexual, devem ser levados em conta e trabalhados com o objectivo de aumentar a auto-estima e solidificar a auto-imagem (Berman, 2005).

McCabe e Taleporos (2003) referem que os indivíduos com deficiência física apresentam baixos níveis de auto-estima sexual e, porquanto, envolvem-se menos frequentemente em relacionamentos que envolvam actividade sexual. Para além disso, a utilização da cadeira de rodas encontra-se intimamente associada à imagem corporal e pode originar crenças em que o sujeito se auto-referencia como não sendo uma pessoa atraente sexualmente e, como tal, conduzi-lo ao afastamento relacional (Murta & Guimarães, 2007). Assim, é comum o conceito de identidade abstracta adquirido após a lesão necessitar de intervenção terapêutica, pelo que os parceiros - a existirem - devem ser chamados a colaborar na reconstrução de uma nova identidade (Roherer, 2001).

Pentland et al. (2002) indicam que os temas que emergem frequentemente do discurso das mulheres com lesão medular, reportam-se a alterações emocionais, decorrentes de emoções negativas pela condição em que se encontram e pela forma negativa como se percebem fisicamente. Na maior parte das vezes, a incapacidade para sentir satisfa-

ção sexual, prende-se com problemáticas do foro psicológico, associadas à percepção de menos-valia (Sipski et al., 2001).

Kreuter et al. (2008) chamam à atenção para a dificuldade que estas mulheres sem parceiro têm em encontrar oportunidades de encontros amorosos, em comparação com os homens na mesma condição física. Sublinhando este aspecto, Ferreiro-Velasco et al. (2005) referem que se a lesão ocorrer durante a adolescência, as mulheres correm um considerável risco de não vir a ter vida sexual activa na idade adulta.

3.3. A avaliação sexual dos sujeitos com lesão medular

Szasz (1989) apresenta diversas formas na elaboração de uma análise sistematizada acerca dos sujeitos com deficiência física, de forma a avaliar as componentes sexuais envolvidas, com o objectivo de se proceder a um plano de intervenção detalhado e individualizado. Seguidamente, apresentamos as sugestões dadas pelo autor, reunidas em duas épocas distintas (1989 e 1991), fruto das investigações que elaborou.

Avaliação da história:

O objectivo é permitir que os sujeitos e eventuais parceiros expliquem o que observam e experimentam nas diversas áreas da sexualidade e que diferenças encontram, comparativamente com as suas práticas prévias à ocorrência da lesão. A avaliação começa com a biografia. A idade é uma variável importante, dado que influencia em grande parte o desempenho sexual. O estado civil identifica o outro como significativo na sua vida. Outras variáveis como a educação, a ocupação, a religião e as doenças anteriores à lesão, explicam o contexto em que o sujeito vive e fornecem dados úteis ao desenho da intervenção.

O quadro seguinte (Quadro 3) pretende sistematizar a importância da colheita de informações úteis ao desenho da intervenção:

Quadro 3

Significância da colheita de informação para o sucesso da intervenção, adaptado de Szasz (1991).

Tipo de informação	Significância da colheita da informação
Idade	A idade avançada pode ser prejudicial ao desempenho sexual
Estado cívil	Explica o contexto em que o sujeito vive e o comprometimento relacional
Ocupação e educação	Pode indicar o nível de capacidade do sujeito para aceder e compreender às informações
Maternidade/paternidade	Indica a fertilidade passada e a capacidade de ser mãe/pai
Crenças religiosas	Pode advertir acerca das expectativas ou de crenças inadequadas
Níveis de humor	Reflecte o estado emocional
Natureza da deficiência	Fornecer informações acerca do tipo e nível de lesão
Medicação	Pode haver influência a nível sexual
Práticas sexuais passadas	As experiências satisfatórias anteriores podem ser a base para recomeçar uma nova sexualidade
Grau de energia	O desejo sexual está, muitas vezes, dependente do grau de energia do sujeito

Avaliação da resposta sexual:

Conhecer o nível da lesão não fornece detalhes conclusivos acerca da resposta sexual. As observações dos sujeitos são importantes veículos para entender o potencial existente. Os exames físicos, bem como exames complementares de diagnóstico e as experiências em estimulação, são factores necessários à determinação do nível de resposta sexual nos lesionados medulares. As informações pretendidas centram-se na capacidade de erecção, ejaculação, orgasmo, lubrificação e sensibilidade genital (Forsythe & Horsewell, 2006).

Segundo Szasz (1991), a extensão da resposta peniana deve ser medida pelas descrições do sujeito, tendo como referência uma escala de 0 a 10. De 0 a 2 é considerado sem resposta erétil, ou seja flacidez completa. De 3 a 4 revela algum tumefacção, porém permanece flácido e flexível e a glande é capaz de tocar nos testículos. De 5 a 6 apresenta tumefacção, flexível, mas a glande já não consegue tocar nos testículos. De 7 a 8 o pénis está firme, mas não completamente rígido. Por fim, de 9 a 10 apresenta uma erecção completa. É importante apurar o que precede à sua tumefacção, quanto tempo dura e o que acontece que possa causar a sua perda. Relativamente à lubrificação vaginal, esta

não deverá funcionar como um preditor de resposta sexual, dado que as lesionadas medulares, por razões ainda desconhecidas, mantêm intacta esta capacidade.

Avaliação do desejo sexual:

Existem diversas formas de avaliar o interesse ou desinteresse sexual. Uma das formas é questionar os sujeitos acerca do seu próprio desejo e do desejo que sente pelo parceiro. Indicadores do desejo pessoal passam por observar factores relacionados com a frequência da masturbação e com pensamentos e fantasias sexuais ao longo do dia. O nível de interesse manifestado pelo parceiro é investigado através do levantamento da quantidade de relações sexuais existentes nas duas ou três semanas prévias à avaliação, comparando os resultados com níveis de interesse no passado (Szasz, 1989).

Avaliação das capacidades motoras:

Neste caso a avaliação prende-se com o levantamento das necessidades motoras envolvidas na actividade sexual, porém a natureza íntima das relações sexuais usualmente opõe-se a descrições exaustivas de pormenores, como o tocar, abraçar, acariciar, beijar e introdução e retirada do pénis do canal vaginal. No entanto, outras questões podem ser abordadas, como as transferências da cadeira para a cama, o controlo dos espasmos e os preparativos higiénicos adequados à actividade. Na avaliação deve estar presente a possibilidade de elaborar mentalmente as necessidades do sujeito e orientar alternativas para uma mobilidade mais eficaz (Szasz, 1989; Szasz, 1991).

Avaliação do controlo de esfíncteres:

A maior parte desta avaliação é feita durante o exame físico. Os sujeitos podem referir ansiedade perante eventuais perdas, dado que, segundo Valtonen et al. (2006), quando não existe controlo dos esfíncteres, a satisfação sexual encontra-se comprometida. Já Anderson et al. (2007) consideram que a recuperação da vida sexual é um dos factores prioritários para a qualidade de vida de um indivíduo com uma lesão medular e o controlo de esfíncteres não é um impedimento para reiniciar a vida sexual. Porém, Oh, Shin, Paik, Yoo e Ku (2006) apresentam uma elevada incidência de depressão major em indivíduos com bexiga neurogénica secundária à lesão medular.

Avaliação da capacidade fértil:

Questionar acerca da intenção real de serem pais não tem como pretensão dissuadir o casal do seu desejo, mas sim clarificar sentimentos e propósitos, elucidar e orientar. Durante a avaliação o casal deve ser convidado a visualizar-se durante a gravidez, o parto, o período pós-natal e os primeiros anos de educação do filho (Szasz, 1989; Szasz, 1991). Outras questões de ordem biofisiológica devem ser avaliadas de acordo com as características da lesão medular.

Avaliação do comportamento sexual:

Neste caso específico a avaliação do comportamento sexual refere-se mais à forma como o sujeito se envolve e se mantém nos relacionamentos e apenas inclui o acto sexual como um detalhe desse comportamento. Dado que a habilidade de seduzir é estabelecida durante o período da adolescência e solidificada com o passar dos anos, o passado do sujeito pode ser relevante para a avaliação. Contudo, a inexperiência pode conduzir à intimidação perante o início de um novo relacionamento.

Avaliação da auto-imagem sexual:

Maior (1988) e Szasz (1991) referem que as duas maiores áreas de interesse para a avaliação da auto-imagem sexual são: a) a própria avaliação que o sujeito faz das suas capacidades e competências nas diferentes áreas sexuais anteriormente abordadas e b) que crenças determinam o significado de perdas e ganhos na sua sexualidade, ou seja, quão significativa poderá ser a impossibilidade do coito, ou quão significativo poderá ser o aumento do seu envolvimento em dar prazer ao parceiro.

No quadro seguinte (Quadro 4) encontram-se, resumidamente, as áreas que, de acordo com Maior (1988) e Szasz (1991), devem ser passíveis de serem avaliadas:

Quadro 4

Áreas da função sexual e problemas relacionados, adaptado de Maior (1988) e Szasz (1991).

Área	Função expectável	Problema
Resposta sexual	Sensação genital	Alterada; ausente
	Homens:	
	Erecção	Parcial; ausente
	Ejaculação	Retardada; retrógrada; ausente

Área	Função expectável	Problema
	Orgasmo percebido	Retardado; reduzido; ausente
	Mulheres:	
	Lubrificação	Diminuída; ausente
	Acomodação vaginal	Reduzida; dolorosa
	Orgasmo percebido	Retardado; reduzido; ausente
Fertilidade	Homens:	
	Ejaculação	Retrógrada; ausente
	Motilidade de espermatozóides	Número reduzido; ausente
	Mulheres:	Aspectos físicos da gravidez
Funções motoras	Abraçar, agarrar e outros actos sexuais	Dificuldade ou incapacidade de lidar com actos sexuais que envolvam movimentos motores
Esfíncteres	Controlo de esfíncteres durante o acto sexual	Incontinência; emissão de gases; odores desagradáveis
Relacionamentos	Encontrar parceiro; manter o parceiro	Socialização inadequada; sedução inadequada
	Comportamento sexual	Comportamento inadequado ou inapropriado
Auto percepção sexual	Percepção de si como atraente sexualmente	Ansiedade com o desempenho
Interesse sexual	Desejo e motivação para experiências sexuais	Reduzido; ausente

Cerca de duas décadas mais tarde, o Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) recomenda que seja colhida uma história exhaustiva, bem como uma avaliação detalhada da vida sexual dos indivíduos com lesão medular, o mais cedo possível, durante o processo de reabilitação.

3.4. O luto e o reinício da vida sexual

O modo como o luto e a aceitação desta nova realidade vão decorrer, condicionam os primeiros meses de reabilitação activa. É difícil dizer em que momento deste processo surge a primeira preocupação de índole sexual, pois depende da hierarquia de valores de cada um e a literatura não aponta, de forma coerente, um período padrão (Tepper, 1992; Fisher et al., 2002; Ostrander, 2009). Quando esta questão emerge, surge a preocupação com a manutenção da sua capacidade sexual, bem como acerca das implicações que a

sua lesão terá em eventuais relacionamentos. Outro obstáculo poderá ser a auto-percepção da imagem corporal, dado que a sua aparência física representa uma violação das regras da atractividade e conseqüentemente da sexualidade (Sakellariou, 2006).

Contudo, crê-se que a preocupação com o desempenho sexual ocorre durante o período de reabilitação e o efectivo apoio nesta vertente da saúde contribui para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação. No entanto, se a função sexual se alterou, a sexualidade persiste e a satisfação sexual deve ser procurada, eventualmente recorrendo a outras actividades que não o coito; o reajustamento à nova condição sexual está directamente ligado com os desejos particulares, a experiência e os hábitos sexuais do indivíduo antes da lesão (Biering-Sørensen & Sonksen, 2001).

A auto-imagem após uma lesão medular pode ser drasticamente abalada. O sujeito enfrenta um processo de reconstrução de um mundo que não faz sentido para si depois da perda que sofreu, nomeadamente ao nível da mobilidade, do controlo de esfíncteres e da disfunção sexual (E. Miller, 2006). Entre outros, acrescem factores de ordem íntima, como os cuidados de higiene, que poderão vir a ser prestados por outro que não o próprio, invadindo, assim, a intimidade do sujeito, criando sentimentos de vergonha, dependência e menos-valia.

A dissociação do seu corpo é comum inicialmente. Isto é, o lesionado medular apresenta dificuldades em identificar-se com a sua nova imagem e integrar um novo corpo que não reconhece como seu. Os sentimentos de negação são muito frequentes nesta fase e de difícil contorno, pois a ideia que possui um corpo que “funciona mal” reflecte-se nos relacionamentos, provocando inúmeras vezes o isolamento e estados depressivos continuados (S. Carvalho & Andrade, 1998).

As relações sociais são percebidas como complicadas devido à nova condição e à nova imagem corporal. As relações amorosas apresentam-se como sendo quase impossíveis. Nesta fase é importante o recurso à informação médica e psicológica de forma a combater estados alterados de humor e motivar o paciente para uma reabilitação holística, preditiva de redução de problemas futuros. Aqui, é de salientar que o papel do auto-conceito é preponderante, dado que é composto por todo o material que pensamos que

somos; a auto-imagem, o que julgamos que conseguimos alcançar e, mais determinante que qualquer outro factor, aquilo que cremos que os outros poderão pensar de nós (Vaz Serra, 1988a).

Esta adaptação à sua nova condição é extremamente influenciada pelos recursos de *co-ping* que o sujeito possui, nomeadamente a sua rede social e emocional que, embora estejam presentes na vida do indivíduo, não devem de forma nenhuma substituí-lo na sua recuperação. O princípio da reciprocidade é o meio-termo desejado, ou seja, o sujeito oferece ao cuidador o seu empenho e capacidades para a reabilitação e o cuidador auxilia-o e orienta-o nos momentos cruciais.

Uma lesão medular representa para o sujeito uma enorme perda de controlo da sua própria vida e numa primeira fase o doente é cuidado por outros que devem esforçar-se para promover uma boa recuperação a todos os níveis. Lentamente, o doente deve dar início ao seu processo de reabilitação física, propriamente dito, isto é, aprender a fazer transferências, aprender a circular em cadeira de rodas e a vencer inúmeros obstáculos, tratar tanto quanto possível da sua própria higiene e controlar os esfíncteres. Começam, então, a surgir questões de ordem íntima e surge a vontade de reiniciar a sua actividade sexual (A. Alves, Guedes, & V. Alves, 1999).

À medida que se vai aproximando a possibilidade de reiniciar a actividade sexual, a pessoa interpreta esse momento como uma ocorrência que causa ansiedade. A forma como o seu *novu* corpo irá reagir, a resposta do parceiro perante o seu comportamento, todas estas questões povoam o pensamento durante um largo período de antecipação. A importância de uma preparação técnica prévia, incentivando o doente a expor as suas dúvidas com o intuito de o preparar para eventuais situações inesperadas de momento, é encontrada na utilização do Modelo PLISSIT (Annon, 1981), facilmente manuseável pelos técnicos que rodeiam o doente (Garrett & Teixeira, 2006).

3.4.1. O Modelo Transaccional do Stress: estratégia compensatória

Lazarus e Folkman (1984) ao desenvolverem o Modelo Transaccional do Stress tiveram como base as transacções operadas entre o sujeito e a situação. Este modelo, não sendo

unidireccional, avalia os processos de *coping* perante eventos stressantes. As experiências tidas como desencadeadoras de stress são compostas de transacções feitas entre o indivíduo e o meio que o rodeia e dependem do impacto que o evento stressor provocou.

Transportando a aplicabilidade deste modelo para o reinício da actividade sexual nos indivíduos com lesões medulares, verifica-se a ocorrência de uma primeira avaliação, que se traduz na forma como a pessoa encara este acontecimento: o sujeito analisa a forma como se sente perante tal situação e o grau de ansiedade que o evento acarreta, isto é, se é controlável, se é desafiador ou se é irrelevante.

Lazarus e Folkman (1984) apontam como situações relevantes indutoras de stress a ameaça, o dano e o desafio. Nas lesões medulares a ameaça funciona como a pré-crença do seu companheiro perceber o lesionado como diminuído e, conseqüentemente, não obter satisfação sexual. O dano está ligado à auto-imagem e ao auto-conceito, à vulnerabilidade do estado, à nova condição. Por fim, o desafio centra-se no acto em si, ou seja, na reactivação da sexualidade; a visão do desafio engloba a capacidade de reiniciar a sua actividade sexual. Esta última avaliação é a menos lesiva para o sujeito.

É importante verificar que o sujeito comporta componentes cognitivas antecedentes que são determinantes para o tipo de respostas. Na realidade não existe nenhuma situação que possa ser entendida como tendo um efeito stressor e o factor preponderante para o sujeito se sentir sob o efeito de stress é, portanto, a avaliação que faz do evento. As reacções ao stress estão directamente interrelacionadas com os traços de personalidade de cada sujeito, isto é, a forma como cada pessoa constrói o significado do evento e procede às reacções adequadas é resultado do seu padrão de personalidade (Vaz Serra, 1999).

Ao perceber que é capaz de enfrentar o evento, o sujeito procede à avaliação das opções e recursos que possui para lidar com a problemática e, praticamente ao mesmo tempo, executa uma segunda avaliação já incluindo factores de ordem social e cultural que irão ser utilizados como esforços de *coping* que o poderão auxiliar (Lazarus, 1991).

Após elaboradas as avaliações descritas, o indivíduo recorre à sua regulação emocional que transforma em instrumentos capazes de alterar a forma como o evento stressor é sentido por si (Lequerica, Forch-Heimer, Tate, Roller & Toussaint, 2008). Imediatamente a seguir a este momento acontece o que se pode chamar de pesquisa de material informativo, ou seja, o indivíduo pode ter expectativas de ser informado e manifestar interesse por apreender informações úteis à resolução do seu problema. Por outro lado, pode não manifestar interesse nem motivação para apropriar conhecimento acerca da temática que o perturba. Este segundo aspecto prediz complicações generalizadas no processo de reabilitação (Lazarus & Folkman, 1984).

Os estilos de *coping* à disposição e o significado de base do *coping* fundem-se na medida em que ambos são processos comportamentais que podem influenciar negativa ou positivamente as emoções e as atitudes perante o problema. É justamente o alvo de influência (emoções e atitudes) que diferencia estes dois conceitos. Os estilos de *coping* à disposição prendem-se com questões de ordem mais emocional que darão origem à resposta funcional; enquanto o seu significado de base é um instrumento que induz a comportamentos, isto é, motiva o indivíduo a munir-se de mecanismos de *coping* (Pereira & Araújo, 2005).

É de salientar a subjectividade deste processo, ou seja, a percepção do evento stressor depende da avaliação que o sujeito faz. Em casos de lesões medulares baixas e incompletas, onde existe alguma preservação de sensibilidade na zona genital, o reinício da actividade sexual pode ser menos stressante do que lesões altas e completas, onde a sensibilidade é inexistente. Outro factor de extrema importância prende-se com o facto de o indivíduo se dispor a reiniciar a sua vida sexual com um parceiro pré-existente à lesão e com quem já possui um grau de intimidade e cumplicidade bastante solidificado, ao contrário de qualquer outro que reinicia essa actividade com um novo relacionamento (Kreuter, 2000).

Seguidamente, no Quadro 5, apresenta-se uma adaptação do esquema desenvolvido por Glanz, Rimer e Lewis (2002) onde é apresentado o Modelo Transaccional do Stress de Lazarus:

Quadro 5

Esquema do Modelo Transaccional do Stress

Conceito	Definição
1ª Avaliação	Avaliação do significado do evento stressor e o grau de ansiedade que pode causar ao sujeito.
2ª Avaliação	Avaliação do grau de controlo que o indivíduo possui perante o evento stressor e os recursos ao seu dispor para enfrentar a problemática.
Esforços de <i>coping</i>	Estratégias utilizadas para mediar a primeira e a segunda avaliação.
Regulação emocional	Estratégias alcançadas para modificar a forma como o evento stressor é percebido e vivenciado pelo indivíduo.
Procura de informações	Estilos de pessoas que são atentos e vigilantes em relação ao seu problema de forma a resolvê-lo versus estilos de pessoas que evitam o conhecimento e não manifestam qualquer tipo de interesse em resolver o seu problema.
Estilos de <i>coping</i> à disposição	Formas gerais de comportamento que podem afectar negativa ou positivamente as repostas emocionais e funcionais do sujeito perante as situações. Apresenta estabilidade ao longo do tempo.
Significado de base do <i>coping</i>	Processos que induzem o indivíduo a ter uma atitude positiva perante o problema no sentido de o motivar a desempenhar os mecanismos de <i>coping</i> .
Gestão do problema	Estratégias usadas directamente para enfrentar e modificar o curso do problema de acordo com os desejos do sujeito.
Optimismo	Tendência para possuir expectativas positivas em relação aos resultados que se pretendem atingir.
Resultados	Bem-estar emocional; comportamento saudável; objectivo funcional atingido.

3.4.1.1. Recursos pessoais e sociais de *coping*

Na generalidade, quando ocorre um evento traumatizante na vida de um indivíduo, existem dois tipos de recursos que permitem a readaptação e a reintegração. São eles os recursos de nível pessoal e os recursos de nível social. Nos recursos de nível pessoal encontram-se as crenças que o sujeito tem acerca das suas próprias capacidades. O optimismo, o *locus* de controlo interno e as competências de auto-eficácia são variáveis presentes (Lazarus, 1991). Neste caso, se o lesionado medular perceber algum tipo

de subjectividade na disponibilidade destes recursos, torna-se vulnerável e a sua reabilitação está em perigo, com momentos de revolta, ansiedade e *locus* de controlo externo.

Os recursos de ordem social apresentam-se como sendo a integração na sociedade e o suporte que pode obter dos seus pares, nomeadamente ao nível dos relacionamentos amorosos. Na ausência destes, a solidão, o humor depressivo e a falta de motivação para a reabilitação, tornam-se frequentes e podem permanecer estáveis no tempo (Chung, Preveza, Papandreou, & Prevezas, 2006).

No quadro que se segue (Quadro 6) representam-se, sintetizadamente, os recursos possíveis que conferem ao sujeito mecanismos de suporte perante um acontecimento que contenha níveis elevados de stress:

Quadro 6

Recursos de suporte perante níveis elevados de stress (adaptado de Vaz Serra, 1999)

Optimismo	<ul style="list-style-type: none">- Acarreta influências que permitem à pessoa enfrentar as problemáticas com uma atitude positiva;- Implica expectativas positivas relativamente aos resultados esperados;- Influencia a escolha das estratégias de <i>coping</i>;- Permite que a pessoa sinta motivação para planear o futuro.
<i>Locus</i> de controlo	<ul style="list-style-type: none">- Implica expectativas acerca das consequências das atitudes;- Implica expectativas acerca de factores que não dependem nem são controlados pela pessoa;- Implica atribuições de causalidade interna e externa ao sujeito;- A percepção de determinado <i>locus</i> de controlo determina escolha dos mecanismos de <i>coping</i> a utilizar.
Auto-eficácia	<ul style="list-style-type: none">- Influencia a avaliação do elemento stressor e da capacidade que o sujeito tem em o ultrapassar;- O nível de confiança do sujeito é motivador e regulador dos seus comportamentos;- O nível de auto-eficácia está directamente ligado ao sucesso ou insucesso na resolução da problemática.
Suporte social	<ul style="list-style-type: none">- Comporta aspectos qualitativos e funcionais;- Compõe-se de suporte emocional, suporte tangível e suporte informativo;- Avaliar os aspectos positivos e negativos de uma extensa rede social;- Elevados graus de intimidade e satisfação social facilitam a transacção.

A especificidade do Modelo Transaccional comporta dois processos cognitivos: na primeira avaliação que o sujeito faz da situação pode elaborar conceitos de ameaça, de angústia e de ansiedade, bem como de desafio, de motivação e de vontade de vencer os obstáculos. Logo que esta interpretação cognitiva é processada, uma segunda avaliação é determinada pela capacidade que o indivíduo crê possuir em colocar em acção determinados mecanismos de *coping* que o ajudarão a enfrentar o acontecimento stressor (Lazarus & Folkman, 1984).

Da literatura consultada podemos sugerir que as avaliações negativas que o sujeito elabora, tais como, ansiedade, angústia, desespero e descrença perante o reinício da sua actividade sexual, podem estar directamente ligadas com um *locus* de controlo externo, assim como as avaliações tidas como positivas, nomeadamente, o desafio e a motivação para ultrapassar esse efeito stressor, poderão indicar indivíduos com *locus* de controlo interno.

A auto-eficácia e o suporte social são, também, dois factores de extrema importância, já que o primeiro permite um nível de confiança adequado ao grau de sucesso que se pretende atingir e o suporte social confere ao sujeito aspectos qualitativos da sua rede social que conduzem a transacções tidas como satisfatórias para esta problemática.

4. Meios auxiliares de intervenção para a reabilitação sexual

4.1. Meios médico-terapêuticos

Os procedimentos terapêuticos exigem uma rápida intervenção na fase aguda e um trabalho continuado e prolongado por uma equipa multidisciplinar que vai dinamizar e utilizar as capacidades restantes de modo a proporcionar um regresso à vida activa no que respeita à integração familiar, profissional e social.

Os meios terapêuticos utilizados para permitir a erecção e a relação sexual nos lesionados medulares são adequados ao tipo de dificuldade encontrada, dependendo do nível e extensão da lesão.

4.1.1. Medicação por via sistémica

O uso de sildenafil (Viagra®) foi aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) em 1998 para ser utilizado no tratamento da disfunção erétil. O seu estudo de introdução no mercado foi efectuado numa vasta população americana e que incluía 27 indivíduos com lesão medular entre T6 e L5, que também beneficiaram com a terapêutica (Hultling et al., 2000).

A melhoria da performance sexual em doentes com lesão medular permitiu melhorar a sua qualidade de vida (Hultling et al., 2000), a sua função erétil (em 88,2% dos participantes) e a satisfação das suas parceiras (85,3% dos casos) (Ramos & Samsó, 2004).

O vardenafil (Levitra®) tem efeitos principais e secundários idênticos aos descritos para o sildenafil, em indivíduos com lesão medular (Giuliano et al., 2006).

Num estudo comparativo entre a eficácia do Viagra® (sildenafil) e do Cialis® (tadalafil), apurou-se que a utilização do Cialis® permitia à maioria dos homens com lesão medular atingir um funcionamento sexual com uma durabilidade de 12 a 24 horas após a ingestão do medicamento. Comparado com o uso do sildenafil, o tadalafil permite, assim, o planeamento da intimidade. Baseados nos resultados, os autores apontam o

tadalafil como opção recomendada nestes casos, dado que o potencial de acção não é alterado pelo nível e grau da lesão, parecendo ser a única opção terapêutica para os doentes que não obtiveram resposta com o sildenafil (Del Popolo, Li Marzi, Mondaini, & Lombardi, 2004).

Como efeitos indesejáveis destes fármacos têm sido referidos a cefaleia, o rubor, a dispepsia, a congestão nasal e alterações da visão, que limitam com a continuidade do tratamento (Luna, 2000).

Têm sido feitos alguns esforços para comparar o efeito do sildenafil nas mulheres com lesão medular com o efeito nos homens na mesma condição. Porém, não existem resultados positivos significativos que suportem a sua eficácia (H. Miller & Hunt, 2009).

4.1.2. Medicação por via tópica

Alguns fármacos têm sido utilizados por aplicação directa nos corpos cavernosos, permitindo a obtenção de uma erecção de boa qualidade como é o caso da utilização do Alprostadil ou de uma combinação (Moxisilite, uma combinação da papaverina e fentolamina e uma combinação de fentolamina e do polipéptido intestinal vasoactivo). Se a injeção não é problemática pelas alterações da sensibilidade, a sua vigilância requer cuidados especiais pelo risco de priapismo (J. Gomes, Vendeira, & Reis, 2003).

E. Miller e Hunt (2009) referem que o Alprostadil está a ser investigado nas mulheres com lesão medular, porém até à data não existem resultados reportados.

O MUSE (Medicated Urethral System Erection) é outra via de administração tópica de um fármaco vasoactivo (Alprostadil em comprimido uretral) para obtenção da erecção. É referida disúria pelo efeito mecânico do comprimido e redução da tensão arterial após a administração do medicamento (Porst, 1998). Esta terapêutica não é comercializada em Portugal e não se encontram outras referências à sua utilização.

4.1.3. Bomba de vácuo

A bomba de vácuo recorre a um efeito vasoactivo desencadeado pela chamada de sangue aos corpos cavernosos, condicionada pelo vácuo provocado num cilindro em plástico duro. O vácuo é induzido por uma acção manual ou eléctrica e a erecção é mantida pela aplicação de um anel constritor colocado na base do pénis (Utida et al., 2005). Este anel, para além de evitar o retorno venoso, reduz o risco de perdas de urina, pode ser mantido durante 20 a 30 minutos e deve ser retirado no fim da relação sexual (Eltorai, Montroy, & Laurente, 2003). É um sistema simples e eficaz, mas que no caso dos tetraplégicos pode necessitar de maior apoio da parceira.

No caso das mulheres, E. Miller e Hunt (2009) referem-se à utilização do EROS¹, aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento das disfunções sexuais femininas e que, apesar das amostras investigadas serem ainda pequenas, tem demonstrado resultados positivos, promovendo a excitação vaginal e até mesmo a ocorrência de orgasmo em lesionadas medulares.

4.1.4. Implante cirúrgico

A correcção cirúrgica é uma alternativa disponível em caso de ineficácia das outras técnicas; exige a colocação de dois cilindros em silicone no espaço até então ocupado pelos corpos cavernosos. Estes cilindros podem ser semi-rígidos, maleáveis ou insufláveis, sendo, no entanto, uma solução irreversível. Não está indicado em indivíduos com a sensibilidade preservada e a sua utilização reduziu-se com o desenvolvimento dos fármacos vasoactivos (Elliot, 2003).

4.2. Meios psicoterapêuticos

Na abordagem a questões de ordem sexual os elementos que fazem parte da equipa de saúde sentem dificuldades que podem impedir o apoio eficaz e o reencaminhamento para outros profissionais mais habilitados na matéria. Estas dificuldades prendem-se

¹ Clitoral Therapy Device (UroMetrics, Inc.).

com o facto das questões de natureza sexual requererem um grande investimento até obter retorno e da sexualidade ser demasiado complexa do ponto de vista biopsicossocial, isto é, existe demasiada carga biológica para um psicoterapeuta e demasiado conteúdo psicológico para um médico (Stevenson, 2004).

Por outro lado a dificuldade em perceber qual é o *timing* exacto para falar sobre a vida sexual do doente, também pode ser um impedimento considerável. Em suma, o facto de a sexualidade ser desconsiderada no processo de reabilitação está associado ao desconforto da equipa em abordar a temática e à presença de uma marcada lacuna de conhecimentos nesta área, bem como à ausência de ferramentas de auxílio que possam servir de ajuda a quem pretende dar resposta às questões que são colocadas (Booth, Kendall, Fronek, D. Miller, & Geraghty, 2003; Galhordas & Lima, 2004).

As terapias comumente utilizadas para o tratamento das disfunções sexuais situam-se nas vertentes comportamental, psicanalítica, de orientação dinâmica, de grupo, na hipnoterapia e na abordagem cognitivo-comportamental. No caso particular deste estudo a atenção é direccionada para as terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais, que explicitaremos mais adiante, baseadas nos postulados de Annon (1981), Masters e Johnson (1970) e Szasz (1991).

4.2.1. Modelo de Szasz

De acordo com Szasz (1991), os objectivos da intervenção psicoterapêutica centram-se na desconstrução de mitos, no incremento da liberdade de escolha e no direito que o sujeito possui de expressar os seus sentimentos. Estes objectivos são formulados com base na noção de que ter conhecimento da situação é essencial para cooperar com ela.

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. Assim, os métodos psicoterapêuticos podem incluir um plano educacional que comporte temáticas que versem o conhecimento biológico, diminuição da insegurança relativamente às alternativas à prática do coito e aceitação de auto e hetero-exploração de potenciais zonas erógenas.

Estes planos de educação/informação podem ser elaborados e distribuídos de diversas formas: manuais, panfletos, gravações áudio e vídeo ou recomendações de outras leituras. Um espectro alargado de abordagens educacionais permite aos indivíduos com lesão medular escolherem o método apropriado e envolverem-se de acordo com o nível em que se sentem mais confortáveis. Expressar determinadas crenças pode indicar opiniões e perspectivas demasiado enraizadas acerca da vida. Assim, uma avaliação exaustiva das experiências sexuais passadas, do desenvolvimento psicosexual, do conhecimento fisiológico da componente sexual e das percepções das normas comportamentais adequadas, deve ser considerada.

Esta avaliação confere ao terapeuta oportunidade de corrigir mal-entendidos, oferecer novas orientações e conduzir os sujeitos a reflectir sobre as suas crenças, que até então, eram baseadas no que pensavam ser o correcto. A repetição sistematizada desta abordagem enfraquece as crenças e promove a oportunidade de observar as questões de ordem sexual de outros ângulos, eventualmente, mais satisfatórios na sua nova condição como lesionado medular.

4.2.2. Modelo PLISSIT de Annon

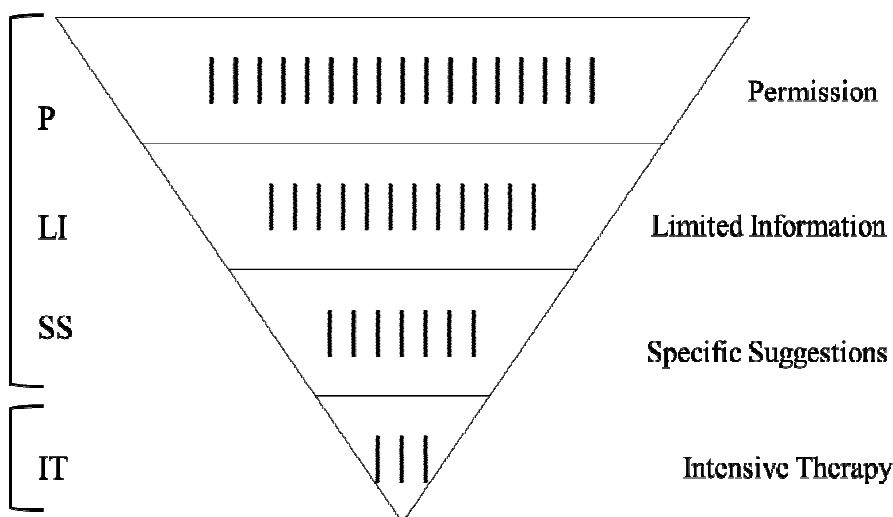
Annon (1981) desenvolveu uma matriz de intervenção terapêutica para sujeitos com queixas ao nível do desempenho sexual. O modelo PLISSIT, utilizado como técnica de informação e orientação, constitui um procedimento simples de utilizar, pelas equipas multidisciplinares que acompanham, por exemplo, o sujeito com lesão medular (Annon & Robinson, 1981). A reiterar a sua utilidade as *guidelines* do Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) apresentam este modelo como uma técnica eficaz na abordagem da sexualidade em doentes com lesão medular.

Este modelo compreende quatro níveis de actuação terapêutica, isto é, subdivide-se em P-LI-SS-IT, em que cada letra ou par de letras representa uma directriz orientada para o objectivo da intervenção (*Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy*). Cada um dos patamares requer um conhecimento distinto e capaz de enfrentar as exigências estipuladas, quer em termos de conhecimentos teóricos, quer em termos de treino e prática da terapêutica. À medida que os níveis vão aumentando, mai-

or competência académica é requerida, sendo que esta está intimamente relacionada com o tempo e o interesse dispendido por parte dos profissionais de saúde a cada uma das matérias (Annon, 1981).

Na figura abaixo (Figura 1), Annon (1981) representa cada linha como uma preocupação que os clínicos tendem a observar quando abordam o doente. Pode verificar-se que, à medida que os níveis vão aumentando, as linhas se tornam visíveis em menor quantidade, traduzindo a diminuição das preocupações, apresentando os resultados previamente esperados.

Figura 1 - Níveis do Modelo PLISSIT, adaptado de Annon (1981)



No primeiro nível – Permissão – a focalização centra-se em demonstrar ao sujeito que se compreende e aceita as suas limitações de ordem sexual, transformando este momento numa ocasião privilegiada para a abordagem à temática, transmitindo-lhe segurança e a condição de se estar perante um trâmite rotineiro. Neste patamar algumas preocupações são abordadas, nomeadamente, ao nível dos sentimentos, dos novos comportamentos, das fantasias e dos pensamentos, de forma semelhante ao que se segue:

- *Nas pessoas com lesões semelhantes à sua é usual que a sexualidade sofra algum abalo. Quer dizer-me como se sente relativamente a esta área da sua vida?*
- *Muitas pessoas na sua situação necessitam de ajuda médica para a vertente sexual. Como está o seu caso?*

- *É muito comum na sua situação inibir-se de falar acerca da sua sexualidade, mas é importante que o faça.*

No primeiro nível a questão da determinação do luto sexual² é fundamental. A literatura mundial não é clara e comumente é encontrado um intervalo entre três e seis meses para que o sujeito sinta que é a altura de questionar acerca da natureza da sua nova vida sexual. Como já foi referido, nos nossos resultados o patamar do trimestre inicial é sugerido pela maioria dos sujeitos, indicador que permite a utilização do primeiro nível do modelo nos primeiros dias do internamento em hospital de reabilitação.

No segundo nível – Informação Limitada – já é conveniente proporcionar alguma informação detalhada como resposta ao que preocupa o sujeito, nomeadamente ao nível das suas verdadeiras limitações e dar a conhecer as potencialidades, em termos sexuais. Pode ser, também, o momento em que se apresentam diversas alternativas para o desempenho sexual: utilização de medicação apropriada, instrumentação mecânica (meios terapêuticos de apoio). Pode ser, ainda, o momento de se introduzir o assunto da paternidade e da maternidade medicamente assistidas. Alguns exemplos de questões são descritos:

- *Tem conhecimentos acerca do seu problema? O que sabe sobre lesão medular?*
- *Existem inúmeros recursos e estratégias de que pode usufruir para potenciar a sua actividade sexual. Que recursos de apoio já conhece para melhorar a sua actividade sexual?*
- *Tem conhecimento que pode ser pai/mãe, através de técnicas de ajuda médica?*

No terceiro nível – Sugestões Específicas – o técnico apresenta a continuidade do patamar anterior, isto é, não se devem proporcionar sugestões sem que a informação detalhada tenha sido compreendida pelo indivíduo. As sugestões específicas não são mais do que orientações de mudança comportamental que possam levar o indivíduo a atingir os seus objectivos, assentes numa sólida colheita da história clínica, como evidencia o exemplo da questão seguinte:

² Período de tempo que o indivíduo necessita até manifestar vontade de conversar acerca da sua sexualidade.

- *Estas são as zonas erógenas mais comumente identificadas por outras pessoas (ou por si) e onde pode pedir que a(o) sua/seu parceira(o) o(a) estimule com maior persistência.*

No quarto nível – Terapia Intensiva – é requerido um plano individualizado e desenhado especificamente de acordo com a problemática do indivíduo, como se demonstra de seguida:

- *Este é o plano desenhado especialmente para si, para que cumpramos os nossos objectivos. Por favor cumpra-o detalhadamente. O envolvimento do seu/sua parceiro(a) (caso exista) é fundamental.*

Annon e Robinson (1981) sugerem que os terapeutas devem adaptar o modelo ao problema do indivíduo, ao ambiente em que está a ser aplicado, ao tempo disponível e aos materiais que podem ser utilizados como ajudas acrescidas.

4.2.3. Dual-sex Therapy de Masters e Johnson

Para o caso do quarto nível do Modelo PLISSIT, que compreende uma intervenção terapêutica propriamente dita, a acção da intervenção pode desenvolver-se com base em Masters e Johnson (1970). Estes autores desenvolveram um sistema de intervenção baseado em focos sensoriais a que chamaram *Dual-sex Therapy*. Esta terapia assenta no pressuposto de que a intervenção deve incluir o casal como um todo, ainda que exista apenas um dos elementos com queixas de disfunção. Assim, ambos devem participar no programa terapêutico que se constitui por um conjunto de etapas e exercícios que conduzem o sujeito e o casal a um contacto mais íntimo com os seus próprios sentimentos e os sentimentos de quem possui significado para ele. Trata-se de uma técnica orientada para a acção, sustentada numa abordagem biopsicossocial (Hartman & Fithian, 1994). Os procedimentos do processo *Dual-sex Therapy* são apresentados no Quadro 7:

Quadro 7

Adaptação das etapas da *Dual-sex Therapy* (Masters & Johnson, 1970)

Procedimentos	Orientações	Privilegiar
Levantamento da história sexual do sujeito (educação sexual, fantasias, orientação sexual, “gatilhos” eróticos, sintomas presentes e expectativas	Visualização de vídeos de cariz erótico/sexual; Utilização de adereços que possam potenciar o erotismo; Promoção de encontros eróticos fora de casa; apelo à criatividade do casal.	Preliminares
Exame físico (outras patologias que possam dificultar a função/desempenho sexual)		Emoções
Trabalhar questões de auto-imagem		Maximizar a auto-estimulação quando possível e a estimulação oral quando mutuamente agradável
Sensibilidade (mapa de zonas potencialmente erógenas)		Variar nas posições o maior número de vezes possível
Exercícios de carícias sem componente sexual		Acentuar a positividade e tornar o momento divertido
Exercícios respiratórios em conjunto		Tentar a penetração
Exercícios de carícias com componente sexual (emerge do mapa de zonas potencialmente erógenas)		Encorajar o casal a permanecer deitado lado a lado acariciando-se amorosamente

Esta intervenção é breve, orientada para o comportamento e o seu objectivo consiste em restabelecer a comunicação dentro da díade conjugal. As sessões com o terapeuta acontecem no final de cada conjunto de orientações/exercícios (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

Coble (1997) apontou, ainda, algumas atitudes que podem ser utilizadas como técnicas criativas em pessoas com deficiências. O recurso às imagens mentais para expandir as zonas erógenas, escrever cartas eróticas ao parceiro e entregar-se a jogos sensuais que permitam a visualização de expressões faciais, podem ser comportamentos impulsioneiros de maior satisfação sexual.

Segundo Girolamo (1996), os objectivos do aconselhamento sexual junto desta população versam essencialmente educar, informar e consciencializar. Este autor afirma, ainda, que a mudança de atitudes perante a sexualidade conduz à diminuição da ansiedade e à eficácia da comunicação entre o casal.

4.2.4. Estimulação de áreas erógenas

A sociedade encara o sexo numa perspectiva exclusiva onde o pénis assume o papel principal, não considerando a penetração como um detalhe da actividade sexual. A sexualidade possui outras implicações, conectadas intimamente com especificidades emocionais que pode ser alcançada com uma imensa variedade de práticas (Sakellariou, 2006).

Para a maioria das pessoas, o normal é conseguir que o pénis mantenha uma erecção de qualidade suficiente que permita o coito e, no final, o orgasmo e a ejaculação. A estimulação manual ou oral é observada como um preliminar imediatamente antes do acto propriamente dito. No caso dos lesionados medulares esta crença pode inibir outras experiências, como sendo, a exploração de zonas potencialmente erógenas que não a área genital (Bong & Rovner, 2007).

Já Kinsey, nos anos 40 e 50, aconselhava os casais a procurarem informações elementares acerca da anatomia e fisiologia, para que a exploração do corpo se revelasse mais prazerosa (Freire, 2010). A importância de conhecer eventuais zonas erógenas causadoras de satisfação após a lesão é suportada por Sakellariou (2006) e por Bong e Rovner (2007). Estes autores referem que a sexualidade possui outras implicações, conectadas intimamente com especificidades emocionais, que devem ser exploradas por uma actividade diversificada. A alteração da sensibilidade perineal pode ser substituída pela exploração e descoberta de novas zonas erógenas. Ducharme (1989) revela que, para que estes sujeitos consigam minorar o impacto negativo que a lesão medular teve na sua vida sexual, é comum o recurso a alternativas de comportamento sexual até então impraticáveis.

O Consortium for Spinal Cord Medicine (2010) sugere que se deva proceder a um plano de informação que contenha sugestões em que os órgãos dos sentidos são utilizados. Por exemplo, a expressão verbal de desejos e fantasias, a visualização do acto sexual ainda que não seja sentido devido a dificuldades sensitivas, o recurso aos odores envolvidos na actividade sexual, o paladar associado à estimulação oral, o toque nas áreas em que a sensibilidade está preservada e, finalmente, a imaginação, poderosa ferramenta para a excitação sexual, sobretudo quando partilhada com o parceiro.

Neste sentido, e ao reflectir sobre o que foi apreendido no estado da arte, a curiosidade e a necessidade de perceber os significados que os sujeitos atribuíam à sua nova condição de vida, conduziu-nos à motivação pela investigação prática, que considerámos adequada através do método qualitativo, pela riqueza que daí poderia advir ao analisarmos os discursos em profundidade, privilegiando a interpretação do fenómeno em causa.

Assim, partimos do desejo que, desta análise em profundidade, poderia decorrer, a construção de um método de intervenção que pudesse contribuir para colmatar as dificuldades e potencializar as capacidades residuais.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Introdução

Turato (2005) refere que a história dos métodos qualitativos tem pouco mais de um século, surgindo simultaneamente com a disciplina das ciências humanas, nomeadamente com a antropologia, que tomou para si o pioneirismo desta metodologia científica, através das publicações de Malinowski nos anos vinte.

A metodologia qualitativa está intrinsecamente ligada à subjectividade e ao simbolismo. Ao aproximar-se fundamental e intimamente do sujeito e do objecto, envolve-se nas intenções, nas motivações e nos projectos dos indivíduos. É a partir desta articulação que as acções, as estruturas e as relações tomam significado (Minayo & Sanches, 1993).

Fossey, Harvey, McDermott e Davidson (2002) referem que a metodologia qualitativa tem como objectivo abordar questões relacionadas com o desenvolvimento de uma compreensão dos significados e das dimensões da experiência de vida dos sujeitos e do mundo social. Os critérios para avaliação da qualidade da investigação incluem critérios relacionados com boas práticas, tais como, o rigor metodológico³ e o rigor interpretativo⁴. A forma como as questões e os métodos são escolhidos na investigação qualitativa devem ser congruentes com o paradigma dessa investigação, bem como a interpretação dos dados e as normas éticas, que garantem a qualidade do cumprimento do objectivo final.

³ O rigor metodológico é descrito como a forma como é conduzida a investigação (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002).

⁴ O rigor interpretativo traduz-se na confiabilidade da interpretação dos dados recolhidos (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002).

1.1. Considerações metodológicas: A metodologia qualitativa

As principais propriedades dos métodos qualitativos estão descritos por Turato (2005) como sendo o interesse que o investigador possui acerca do significado do fenómeno e não do fenómeno em si, o ambiente em que o sujeito em estudo se insere, a observação do investigador como instrumento de análise do fenómeno e o rigor da validade dos dados encontrado na profundidade do discurso dos sujeitos.

De acordo com Turato (2005), no Quadro 8 são apontadas, na generalidade, as características da metodologia qualitativa:

Quadro 8

Características da metodologia qualitativa (adaptadas de Turato, 2005)

Nível conceptual	Método qualitativo
Paradigma de influência	Fenomenologia
Atitude científica	Procura da compreensão da dinâmica do ser humano
Raciocínio do método	Epistemologicamente é dedutivo a priori e indutivo a posteriori
Consistência do método	Atribuída à alta confiabilidade dos dados recolhidos
Objecto de estudo	Fenómenos (apreendidos)
Objecto de investigação	Interpretação das relações dos significados dos fenómenos
Autores de referência	Dilthey, Marx, Freud, Malinowsky e Weber
Desenho do projecto	Recursos em aberto e flexíveis
Curso do projecto	Procedimentos ajustáveis
Instrumentos específicos	Investigador como instrumento
Tipos de instrumentos	Observação livre e entrevistas
Amostra	Intencional
Perfil da amostra	Poucos sujeitos, com características ajustadas ao objecto de estudo
Dimensão da amostra	Não existe preocupação com o “N”
Variáveis	Não existe controlo das variáveis
Tratamento/análise dos dados	Uso de análise conteúdo ou categorização por relevância teórica

Nível conceptual	Método qualitativo
Apresentação dos resultados	Apresentada pelo uso de observações e apoio da literatura
Alvo da discussão dos resultados	Apresentação de dados categorizados
Comparação com a literatura	Comparação dos novos conceitos com outros existentes
Finalização da concepção teórica	A construção teórica inicial é, no mínimo, ampliada, reformulada, corrigida e clarificada
Conclusões sobre as hipóteses	Hipóteses iniciais e finais revistas; conceitos construídos
Tipo de generalização	Conceptual: os novos conhecimentos aplicados para compreender outros sujeitos

Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker e Watson (1998) sumarizam e propõem que se considerem cinco características a ter em conta quando se utilizam os métodos qualitativos: a) a adopção da perspectiva dos sujeitos em estudo; b) a descrição detalhada do contexto em estudo; c) enfatizar o contexto e o holismo; d) enfatizar o processo; e) flexibilidade no desenho da investigação, podendo este ser alterado de acordo com as opções tomadas ao longo do processo; e f) relutância em determinar limites prévios à investigação.

Objectivamente, Strauss e Corbin (2008) descrevem a metodologia qualitativa como sendo todo o tipo de investigação que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Será, então, um processo não-matemático de interpretação dos dados recolhidos, que se pode traduzir em experiências vividas, emoções, sentimentos, processos de pensamento, comportamentos, percepções e fenómenos sociais e culturais, e que possui como objectivo a descoberta de conceitos e relações, organizando-os num esquema explicativo teórico.

Bradley, Curry e Devers (2007) afirmam que não existe nenhuma forma singularmente apropriada para realizar a análise dos dados que emergem da investigação qualitativa, embora exista o acordo geral que essa análise é um processo contínuo que tem início na primeira fase da recolha de dados e perdura ao longo da investigação.

A metodologia qualitativa emergiu recentemente na área da saúde, com o objectivo de estudar em profundidade o indivíduo e os significados que o mesmo atribuí num contexto sensível como é o da doença e da vulnerabilidade que esta acarreta. No Quadro 9 são apresentadas, de acordo com Turato (2005), as áreas comumente valorizadas em investigações qualitativas na área da saúde:

Quadro 9

Temas pertinentes nas investigações qualitativas na área da saúde (adaptados de Turato, 2005)

Construtos habituais em métodos qualitativos	Como se constituem
Significados	Estudo de novos fenómenos ou já existentes nos <i>settings</i> de saúde quanto ao que representam ou simbolizam
Representações psíquicas e representações sociais	Estudo do conjunto de elementos constituintes da realidade, conforme apreendidos sensorialmente e percebidos em termos de consciência (representações psicológicas e sociais)
Simbolismos	Estudo dos processos mentais inconscientes
Percepções e perspectivas	Estudo da aprendizagem sensorial, tendo como objecto os fenómenos
Vivências e experiências de vida	Estudo sobre o percebido e o recordado (experiências, pensamentos), sobre os sentidos desconhecidos ou sobre as significações não-ditas dos conhecimentos adquiridos pelos sujeitos
Metáforas e analogias	Estudo das transacções semânticas e semelhanças de sentidos, encontradas no discurso dos sujeitos e relevantes para a compreensão dos significados ocultos
Mecanismos de defesa (egóicos) e mecanismos de adaptação psicossociais	Estudo psicanalítico da dinâmica da negação, repressão e outros, protectores do ego do sujeito; estudo da dinâmica das adaptações nos processos psicossociais que permitem ao sujeito organizar-se perante exigências psíquicas e/ou sociais, culturais e ambientais
Adesão e não-adesão a tratamentos e prevenções	Estudo dos motivos psicológicos e socioantropológicos pelos quais os sujeitos cumprem ou não indicações, aconselhamentos e condutas preconizadas pelos profissionais de saúde
Estigmas	Interpretação das vivências dos sujeitos que se encontram inabilitados para a aceitação social plena
Cuidados e confortos	Estudo sobre o que representam a atenção e a protecção, em condições desfavoráveis, com o objectivo de proporcionar melhoria do estado psíquico, social e físico
Reacções e papéis dos cuidadores profissionais e domésticos	Estudo de como são vivenciados os problemas dos profissionais de saúde e outros cuidadores, nomeadamente, a <i>síndrome de burnout</i>

Construtos habituais em métodos qualitativos	Como se constituem
Factores facilitadores, pontes e barreiras perante abordagens	Estudo da dinâmica de factores tidos como responsáveis pelo melhor ou pior resultado que advém de prognósticos, terapêuticas e medidas preventivas
Revisão narrativa da literatura	Levantamento de trabalhos científicos de abordagem qualitativa, com rigor metodológico
Metassíntese	Versão polémica da metanálise, porém para o método qualitativo

Lincoln e Guba (1985), citados por Ribeiro (2008), apontam critérios de avaliação determinantes para a qualidade dos processos envolvidos na investigação qualitativa: a) credibilidade (confiança nos processos utilizados e nas conclusões); b) transferibilidade (a possibilidade das conclusões sobre um determinado estudo poderem ser aplicadas a outros contextos e outros grupos); c) fidelidade (concordância na categorização ou codificação e nas conclusões do estudo); d) confirmabilidade (possibilidade dos procedimentos e resultados serem confirmados por outros investigadores).

1.2. Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados)

Na década de sessenta Glaser e Strauss levaram a cabo um estudo na Universidade da Califórnia que resultou na publicação do livro *The Discovery of Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967) onde descreviam uma inovadora aproximação à investigação científica. Posteriormente, e após algumas correcções metodológicas, Strauss e Corbin publicaram *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* (Strauss & Corbin, 1990).

As duas publicações acerca do mesmo método originaram controvérsia e discussão entre os seus autores, levando a uma compreensão distinta da sua ideologia. Se Strauss e Corbin (1990) apontam o ênfase no desenvolvimento da teoria como a principal diferença entre esta metodologia e outras de abordagem qualitativa, as principais diferenças encontradas entre Glaser e Strauss assentam em questões de ordem epistemológica e metodológica, sendo que Glaser advoga e articula a *Grounded Theory* com o paradigma qualitativo, mais alicerçada nas realidades sociais, em que o investigador pouco contribuí para a construção da teoria, que naturalmente emerge dos dados, enquanto Strauss

prefere detalhar as realidades culturais, utilizando regras e procedimentos que originam um empenho intensivo por parte do investigador. Adicionalmente enfatiza a replicabilidade, a generalização, a precisão, o significado e a verificação (Rodrigues, Albuquerque, Bento, Vieira, & J. Silva, 2004).

A *Grounded Theory*, conforme é hoje utilizada, pode ser traçada a partir da obra de Strauss e Corbin, na década de noventa. Apoiada pela sua posição relativista, esta metodologia, caracteristicamente indutiva, demonstrou que o investigador constrói a teoria como consequência da sua própria interpretação acerca das histórias dos participantes (Mills, Bonner, & Francis, 2006). Strauss e Corbin (1990) focalizaram-se na criação de instrumentos e técnicas a utilizar no processo de interpretação dos dados, confirmando, assim, o poder explicativo e a intenção construtivista do método, possibilitando uma teoria de grande densidade conceptual⁵ e de considerável variação significativa.

Na sequência de Strauss e Corbin (1990), Charmaz (2000) foi a primeira autora a assumir-se como explicitamente construtivista através da utilização da Teoria Fundamentada nos Dados, apontando a escrita criativa como ponto-chave para a construção do mundo dos sujeitos. Igualmente, Strauss e Corbin (2008) referem-se à criatividade dos investigadores como um factor determinante para, de dados brutos desorganizados, emergirem categorias, formularem questões estimulantes, elaborarem comparações e, por fim, extrairém desse material uma matriz inovadora, integrada e realista.

Na tentativa de elucidar os investigadores que utilizam a *Grounded Theory* para o desenvolvimento dos seus estudos, Strauss e Corbin (1994) apontaram determinadas tendências sociais e intelectuais que poderiam, em termos de futuro, influenciar a consciencialização, a rejeição e a forma de manuseamento desta metodologia (Quadro 10):

⁵ Refere-se à riqueza do desenvolvimento de conceitos e de relações que se mantém em constante articulação com os dados e com eles sistematicamente confrontados (Strauss & Corbin, 1990).

Quadro 10

Tendências sociais e intelectuais de influência para a evolução da *Grounded Theory* (adaptado de Strauss & Corbin, 1994).

Tendências sociais e intelectuais

A divisão das tradicionais disciplinas científicas sociais e comportamentais em sub-disciplinas, cada qual com as suas especificidades

O crescente interesse e as necessidades de investigações sociais e comportamentais no seio de várias profissões

A credibilidade dos métodos qualitativos, isoladamente ou em associação aos quantitativos

O crescente interesse em interpretações teóricas dos dados

A tendência crescente de uma corrente de antagonismo direccionada à denominações de ciência pura

A expansão do pós-modernismo e das suas direcções divergentes

O aumento utilização de programas informáticos que agilizam a interpretação dos dados

Observar o mundo globalmente, em termos de identidade colectiva e entender os símbolos e os sentidos

Posto isto, e como consequência das tendências observadas, Strauss e Corbin predizem processos que ocorrerão relativamente à utilização da *Grounded Theory* (Quadro 11):

Quadro 11

Processos naturais a ocorrerem com a utilização da *Grounded Theory* (adaptado de Strauss & Corbin, 1994).

Processos

A metodologia será estudada e adaptada por outros investigadores de áreas diferentes à sua aplicação original

Adaptar-se-á com outras metodologias, nomeadamente com a hermenêutica e a fenomenologia

Combinar-se-á com investigações quantitativas

Os recursos informáticos que incluem a possibilidade de utilizar a metodologia aumentarão e tornar-se-ão mais sofisticados

Os procedimentos da metodologia tornar-se-ão mais elaborados com o objectivo de analisar um maior número de fenómenos

Variações sobre a metodologia serão estudadas, adaptadas e aplicadas por diversos investigadores

1.2.1. Amostra teórica

Nas investigações qualitativas a selecção dos participantes é intencional, sendo incluídos na amostra os sujeitos que mais se adequam ao objecto de estudo. Turato (2003) enfatiza que os investigadores deste método não se propõem generalizar resultados, mas sim generalizar novos conceitos e pressupostos, já que o que se pretende descrever é o alcance das respostas dadas. Assim, a selecção dos participantes resulta, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe as dimensões do contexto, e a preocupação com os critérios de inclusão/exclusão deve apenas focalizar-se nesse aspecto (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Strauss e Corbin (2008) referem-se a este tipo de amostra como amostra teórica, já que permite ao investigador gerar maior retorno teórico.

Na visão de Strauss e Corbin (2008) a amostra teórica⁶ é um processo dinâmico, constituído por fases distintas, tornando-se mais específica com o tempo, isto é, contrasta com o momento inicial em que o investigador está interessado em gerar múltiplas categorias, para mais tarde privilegiar o desenvolvimento, a densidade e a saturação dessas categorias. Os sujeitos são, portanto, incluídos na investigação, concomitantemente com a análise, de forma a delimitar a sua inclusão (Dantas, Leite, Lima, & Stipp, 2009).

Charmaz (2007) refere que a amostra teórica é útil para manter o investigador na direcção dos seus objectivos, pois ajuda a delinear a propriedade de uma categoria, a saturar as suas propriedades, esclarece as relações entre as categorias emergentes e identifica a variabilidade no processo. Ainda segundo esta autora, o recurso à amostra teórica especifica as propriedades relevantes das categorias, aumentando a sua precisão e tornando a análise mais abstracta e generalista.

C. Fonte (2005) aponta alguns exemplos de questões que os investigadores deverão utilizar como ferramenta para a selecção dos participantes e a análise dos dados: a) ter conhecimento do percurso de vida da população em estudo e da forma como este se relaciona com os significados e os sentidos associados ao seu comportamento; b) após iden-

⁶“Theoretical sample”, no original.

tificar as narrativas e a construção de significados, perceber como é que estes se relacionam com actos distintos das suas vidas e c) reconhecer os conteúdos do discurso elaborado pelos sujeitos acerca do fenómeno em análise.

Em suma, a amostra torna-se fundamental para gerar a teoria e o objectivo da amostra teórica será o de identificar acontecimentos indicativos das categorias, ou seja, o investigador focaliza-se no que os participantes fazem, em termos de acção e interacção, procurando privilegiar os actos e não os sujeitos em si (Dantas et al., 2009).

1.2.2. A recolha dos dados empíricos

São diversos os métodos de recolha de dados, nomeadamente através de meios audiovisuais e recursos às novas tecnologias. Porém, Cassiani, Caliri e Pelá (1996) apontam as entrevistas como um método de recolha de dados que permite flexibilidade, sequenciação, controlo e fiabilidade na avaliação das respostas. Esta ferramenta, amplamente utilizada na metodologia qualitativa, assume, no geral, três formas distintas: a estruturação⁷, a semi-estruturação⁸ e a não-estruturação⁹ (Fossey et al., 2002; Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008).

Banister, Burman, Parker, Taylor e Tindall (2002) apontam quatro razões principais para a realização de entrevistas na investigação qualitativa. Em primeiro lugar, existe a preocupação com os significados subjectivos dos sujeitos em estudo, em detrimento da procura de respostas dentro de um formato padrão para comparação com outros indivíduos ou grupos. Em segundo lugar, as entrevistas permitem a exploração de questões que podem ser demasiado complexas para investigar através de métodos quantitativos,

⁷ As entrevistas estruturadas assentam na premissa de que todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de questões e, a ocorrerem diferenças, estas marcam a distinção entre os sujeitos. Geralmente são compostas por uma lista de questões focalizada para o objecto em estudo (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002; Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008).

⁸ As entrevistas semi-estruturadas são, por norma, direccionadas por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas. É um dos modelos mais utilizados, pois permite uma organização flexível à medida que as informações vão sendo fornecidas pelos sujeitos em estudo (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002; Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008).

⁹ A entrevista não-estruturada é aquela que oferece ampla liberdade na formulação de questões, permitindo a intervenção livre do participante (Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002; Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento, & Matsumoto, 2008).

ou seja, tendo em conta o objectivo de simplificar os fenómenos, podem deturpar a natureza das perguntas. Em terceiro lugar, a prática de entrevistar ajuda no envolvimento da prática da investigação, já que exige reflexão no processo da investigação, desde a elaboração da pergunta, à entrevista em si. Em último lugar, surge a questão das relações de poder na investigação, isto é, torna-se necessário manter uma vigilância interpretativa para afastar as formas de controlo do investigador. O recurso a entrevistas como instrumento de recolha de dados deve permitir ao investigador ser participativo e consultivo, embora se afaste da ideia de ser o dominador do processo.

C. Fonte (2005) sugere que o investigador formule um guião de tópicos acerca dos temas que pretende abordar para compreender o fenómeno em estudo, embora haja flexibilidade na sua aplicação, mediante as opções a tomar no decorrer da entrevista. Por norma as informações resultantes das entrevistas são registadas através de gravações áudio e, posteriormente, transcritas integralmente para formato de texto, o que facilita a análise dos dados (Fontanella, Campos, & Turato, 2006). Interrupções e/ou interjeições podem ou não ser levadas em conta, ficando essa decisão ao critério do investigador (C. Fonte, 2005).

Durante todo o processo de análise o material das entrevistas será analisado e interpretado à luz da literatura científica com a qual o investigador se identifica. Porém, pode ocorrer que os depoimentos dos sujeitos refutem as ideias pré-concebidas que o investigador tinha a respeito do problema antes de iniciar a investigação, daí advém a necessidade de abertura ao novo e a flexibilidade para transformar conceitos pré-existentes (Duarte, 2004).

1.2.3. Procedimentos de codificação

Os procedimentos de codificação na *Grounded Theory* têm como objectivo a construção da teoria, em detrimento de testá-la. À medida que se vai construindo a teoria, identificam-se, desenvolvem-se e relacionam-se os conceitos que daí emergem. Com estes procedimentos, os investigadores munem-se de ferramentas analíticas para organizarem um extenso volume de dados brutos, considerando significados alternativos para os fenómenos que pretendem investigar, através de critérios que comportam a sistematização e

a criatividade. Os códigos preliminares transformam-se em códigos conceptuais e, posteriormente, em categorias¹⁰ (Dantas et al., 2009). A criação de categorias deriva da necessidade de agrupar conceitos com o objectivo de reduzir o volume de fenómenos ou ideias analíticas que emergem dos dados em análise e uma vez identificadas podem ser desenvolvidas em termos de propriedades¹¹ e dimensões¹² específicas (Strauss & Corbin, 2008).

1.2.3.1. Codificação aberta

Consiste na primeira etapa do processo de análise de dados. A codificação aberta pressupõe a separação dos dados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados, à procura de similitudes e disparidades (Dantas et al., 2009). São agrupados em ideias mais abstractas acontecimentos, acções e interacções, ponderados conceptualmente como comparáveis em termos de significado e de propriedades. (Strauss & Corbin, 2008).

Existem diversas formas de elaborar o processo de codificação aberta. A análise *linha a linha* envolve a observação atenta dos dados, nomeadamente, de uma frase do texto ou de cada palavra. Este método é descrito como sendo o mais completo, pois permite ao investigador gerar múltiplas categorias. Outra forma é a de categorizar um parágrafo inteiro e daí extrair a ideia principal ou conceito subjacente ao discurso do sujeito. Por fim, poder-se-á categorizar um documento no seu todo e, após a elaboração de uma ideia geral do conteúdo, dividi-lo mais especificamente em conteúdos semelhantes e/ou diferentes (Cassiani et al., 1996; Strauss & Corbin, 2008).

¹⁰ As categorias constituem uma palavra ou conjunto de palavras com elevado nível de abstracção, que pode transformar-se em fenómeno, contendo características comuns que conduzem à elaboração da teoria (Dantas, Leite, Lima, & Stripp, 2009).

¹¹ Características e atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, conferindo-lhe significado (Strauss & Corbin, 2008).

¹² Âmbito, ao longo do qual, as propriedades gerais de uma categoria variam, tornando essa categoria específica e dando variedade à teoria (Strauss & Corbin, 2008).

1.2.3.2. Codificação axial

Com a finalidade de reagrupar os dados que são divididos durante a codificação aberta, este processo implica a relação das categorias com as subcategorias. Este agrupamento é uma forma teórica de análise, dado que logo que as integrações emergem, as categorias reunidas anteriormente dão lugar a outras mais gerais (Cassiani et al., 1996). Comumente ocorre em torno de um eixo de uma categoria, sendo-lhe associadas subcategorias¹³, em termos de propriedades e dimensões, como forma de gerar esclarecimentos mais precisos sobre os fenómenos (Strauss & Corbin, 2008). Dantas et al. (2009) apontam para a possibilidade de uma categoria poder, a qualquer momento dependendo da reflexão do investigador, assumir a forma de código conceptual ou preliminar, após novas leituras e análises dos dados.

1.2.3.3. Codificação selectiva

Conhecido por Strauss e Corbin (2008) como o processo de integração e refinação da teoria, a codificação selectiva tem origem ao emergir da categoria central. Esta categoria central, ao surgir da investigação, não é mais do que uma abstracção que possui a capacidade de reunir outras categorias para formar um todo explicativo, representando o tema principal da investigação. Mills et al. (2006) apontam a categoria central como identificadora do papel do investigador como construtor da teoria, já que integra todos aspectos e ocorre durante o processo de codificação selectiva.

Strauss (1987), citado por Strauss e Corbin (2008), apontou critérios essenciais para a escolha de uma categoria central: a) a centralidade, isto é, todas as categorias podem estar relacionadas com ela; b) deve aparecer frequentemente nos dados; c) revela lógica e consistência na relação com outras categorias; d) deve ser abstracta ao ponto de originar uma teoria mais geral; e) a teoria vai ganhando poder explicativo à medida que a categoria central é integrada noutros conceitos e f) através da categoria central, podem ser explicados casos contraditórios, dado que mesmo que existam variações, as explicações permanecem válidas.

¹³ As subcategorias especificam as categorias, já que evidenciam detalhes como “onde”, “quando” e “porquê” determinado fenómeno ocorre. Tal como as categorias, também possuem propriedades e dimensões (Strauss & Corbin, 2008).

Transversalmente ao processo de codificação a elaboração de memorandos poderá ser útil para compreender melhor o significado de cada categoria. Estes memorandos poderão ter a forma de notas teóricas, notas metodológicas e notas de observação¹⁴ (Dantas et al., 2009) e onde deverão ser incluídas ideias, pensamentos, interpretações e hipóteses que servirão de guia para uma eventual recolha de dados adicionais (C. Fonte, 2005; Strauss & Corbin, 2008).

Dantas et al. (2009) sugerem que os dados depois da sua categorização devem ser apresentados através de diagramas com o objectivo de facilitar a reflexão e permitir uma visão global do fenómeno em estudo, embora o pensamento crítico-reflexivo deva ser uma constante ao longo da investigação. Estes autores referem, ainda, que a subjectividade é imprescindível para compreender os pontos de ligação entre as categorias, de forma a atingir a sua integração.

1.2.3.4. Saturação teórica

O encerramento da amostra por saturação teórica¹⁵ é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos sujeitos quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do investigador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na recolha de dados (Fontanella et al., 2008).

Glaser e Strauss (1967) originalmente conceptualizaram a saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a recolha de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria, dentro de uma investigação qualitativa sociológica. Na expressão dos autores, tratar-se-ia de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria que, por sua vez, tem uma determinada densidade e a sensibilidade

¹⁴ As notas teóricas demonstram as inferências que o investigador fez após o reconhecimento dos factos que encontrou, as notas metodológicas reportam-se às estratégias metodológicas utilizadas pelo investigador e, por fim, as notas de observação revelam a menor interpretação possível do que foi observado e experimentado pelo investigador (Dantas, Leite, Lima, & Stipp, 2009).

¹⁵ Turato (2003) descreve como homogeneidade ampla a situação que corresponde ao conjunto de características e variáveis que compõem o grupo de indivíduos que integram a amostra por saturação.

teórica de quem analisa os dados. Strauss e Corbin (2008) acrescentam que a saturação teórica acontece quando, durante a análise, não surgem nos dados novas propriedades nem dimensões.

A constatação de saturação depende dos objectivos do investigador: se o objectivo é a compreensão daquilo que caracteriza o grupo, a saturação da amostra acontece num determinado nível. Este nível poderá garantir maior validade externa, ou seja, maior transmissibilidade das interpretações para contextos mais amplos. A constatação da redundância das informações depende directamente de uma certa quantidade de entrevistas realizadas posteriormente à saturação. Assim, o ponto exacto da saturação da amostra é determinado, logicamente, sempre a posteriori. Importa realçar que as ferramentas utilizadas na constatação da saturação não são de ordem matemática, mas sim cognitiva, envolvendo a percepção do investigador e do seu domínio teórico (Fontanella et al., 2008).

1.2.4. Construção do discurso do grupo

De acordo com C. Fonte (2005) após a elaboração da clarificação estrutural, ou seja, a hierarquização do discurso emergente, e finalizada a codificação, procede-se à construção do discurso do grupo.

2. Método

O estudo foi dividido em quatro momentos que designámos como Momento I, Momento II, Momento III e Momento IV. Cada uma destas fases consistiu numa intervenção que pretendeu seguir uma linha de condução coerente com os propósitos da investigação. Os procedimentos serão explicados adiante, enquadrados em cada um dos momentos.

2.1. Amostra

Em função do que poderiam fornecer em relação à matéria em estudo, os elementos da amostra são lesionados medulares, que aceitaram participar nesta investigação e que, apesar de não se pretender que sejam representativos da população em causa, podem descrever-nos a experiência que têm relativamente à sexualidade vivida nesta patologia. A amostra é constituída por 35 elementos, recrutados por conveniência, do tipo *snowball*¹⁶.

Os critérios de inclusão compreendiam a condição de haver uma lesão medular adquirida (qualquer nível, extensão e tipo), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos e de ambos os sexos. O estado civil¹⁷ no momento do estudo não era relevante, porém todos os participantes deveriam ter no seu historial pessoal algum relacionamento afectivo que se complementasse com actividade sexual.

Esta amostra manteve-se a mesma ao longo de todo o processo de investigação.

2.2. Instrumentos

Cada um dos momentos da investigação obrigou à utilização de instrumentos elaborados de acordo com os objectivos pretendidos.

¹⁶ Diversos sujeitos seleccionados apresentaram outros nas mesmas condições.

¹⁷ Considerámos o facto de haver ou não relacionamento amoroso, na data da colheita dos dados, como estado civil dos participantes.

No Momento I, para obter alguns conhecimentos gerais acerca dos participantes, foi elaborado um questionário que versava temas de diversa natureza sócio-demográfica, questões acerca da lesão (etiologia, nível, tipo e extensão da lesão medular), eventuais consequências psicológicas resultantes do evento e recolha de informações de ordem sexual e reprodutiva (cf. Anexo I). Foi, previamente, entregue o documento com esclarecimentos acerca da investigação (cf. Anexo II), bem como o formulário de Consentimento Informado (cf. Anexo III).

No Momento II foi elaborado um guião para uma entrevista semi-estruturada, constituído por nove questões abertas (cf. Anexo IV), que teve como base a consulta bibliográfica acerca do tema, bem como as respostas derivadas do Momento I. Apresentam-se em anexo quatro exemplos de entrevistas referentes ao Momento II, sendo dois do género feminino e dois do género masculino (cf. Anexos V, VI, VII e VIII).

Após a recolha análise de todos os dados decorrentes do Momento II e, mediante a saturação teórica verificada, passámos ao Momento III (cf. Anexo IX), em que foram constituídos grupos de lesionados medulares, com uma intenção educacional/informativa, pois essa verificou-se ser uma necessidade clara e transversal a todos os participantes. O plano educacional e informativo contemplava temáticas onde se verificaram lacunas de conhecimento apuradas durante o Momento II. Ainda durante esta fase foram distribuídos um mapa de dermatomas, uma tabela de escolha de zonas potencialmente erógenas e uma questão fechada de apuramento de “gatilhos” de excitação subjectiva. Decorrido o processo, foi elaborado um desenho individual de intervenção para cada um dos participantes (cf. Anexo X). Este momento foi designado como a fase da implementação do programa reabilitador a que chamámos Mo-Re-Sex¹⁸.

O Momento IV pretendeu analisar os eventuais resultados em termos de mudança comportamental destes sujeitos relativamente à vivência da sua sexualidade após a lesão. Para tal, foi construído um guião de entrevista semi-estruturada, com três questões abertas (cf. Anexo XI) e que se apresentam como exemplos, quatro entrevistas, duas pertencen-

¹⁸ Modelo de Reabilitação da Sexualidade

centes ao género feminino e duas ao género masculino (cf. Anexos XII, XIII, XIV e XV).

2.3. Recolha dos dados

Momento I:

O questionário foi passado individualmente, a cada um dos lesionados medulares, no local escolhido pelos próprios, promovendo o ambiente informal e tranquilo. Neste momento e antes de iniciarem os procedimentos, foi-lhes explicado os objectivos e facultado o modelo de Consentimento Informado. Este processo decorreu ao longo de cerca de um trimestre, durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2008.

Momento II:

As trinta e cinco entrevistas individuais, com duração, em média, de cerca de 2 horas por cada sujeito, foram registadas através de gravação áudio. Este processo teve uma duração de 4 meses, decorrendo durante os meses de Agosto, Setembro, Outubro e Novembro de 2008. Trinta entrevistas foram feitas em contexto hospitalar (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais) e cinco na residência dos sujeitos (Porto, Lisboa e Évora).

Momento III:

O programa de formação educacional junto dos participantes teve a duração de 6 meses, sendo que cada um dos quatro módulos formativos ocupou 3 semanas. A reunião de grupo teve um total de 3 meses de duração. Este programa de formação ocorreu entre Janeiro e Junho de 2009. No final dos 4 módulos educacionais e paralelamente ao início da Reunião de grupo, foi concedido um trimestre aos participantes para elaborarem o mapa de dermatomas, a tabela de zonas erógenas e a escolha de “gatilhos” de excitação subjectiva. Posteriormente, foi organizado o plano de intervenção individual. O processo foi concluído no final de Dezembro de 2009.

Momento IV:

A entrevista para averiguar os resultados da implementação do programa Mo-Re-Sex decorreu durante os meses de Fevereiro e Março de 2010, tendo a duração de cerca de uma hora por cada participante. Foi registada em gravação áudio e efectuada no local escolhido pelos intervenientes (22 entrevistas no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e as restantes em locais apontados pelos participantes, nomeadamente, Amarante, Penafiel, Porto, Lisboa, Évora e Portimão).

2.4. Análise dos dados

Os dados provenientes do questionário referente ao Momento I foram tratados de forma quantitativa (estatística descritiva), recorrendo ao *software* SPSS (versão 17.0).

As entrevistas semi-estruturadas relativas ao Momento II e IV foram transcritas para formato Word (Microsoft Office, versão 2007), com o objectivo de serem analisadas qualitativamente, à luz da *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados). A análise de acordo com os procedimentos da *Grounded Theory* foi elaborada através do método manual. Em anexo são apresentados exemplos das unidades de análise retiradas para a codificação das quatro entrevistas que foram utilizadas para ilustrar os Momentos II e IV (cf. XVI e XVII).

Os resultados decorrentes da escolha de zonas erógenas e de “gatilhos” de excitação referentes ao Momento III foram tratados quantitativamente (estatística descritiva), através do *software* SPSS (versão 17.0).

2.5. Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados apurados serão apresentados e discutidos de acordo com cada um dos Momentos (I, II, III e IV). Esta divisão pretendeu esclarecer cada um dos passos dados ao longo dos procedimentos da investigação.

O Momento I revela dados acerca da amostra, ou seja, pretende caracterizá-la do ponto de vista socio-demográfico, em termos de situação patológica (física e emocional) e de componentes relativas ao conhecimento que possuem acerca do seu estado e das consequências relacionadas com a vida sexual.

O Momento II pretende apurar, através do discurso dos participantes, a forma como vivenciam a sexualidade após a ocorrência do evento traumático e daí retirar material de apoio para a construção da fase seguinte.

O Momento III coloca em prática os dados resultantes dos dois momentos anteriores, através da elaboração de um modelo de reabilitação, direccionado para as problemáticas percebidas e apontadas como necessárias à construção de uma nova sexualidade, bem como para a intervenção concreta.

O Momento IV pretende averiguar quais os resultados práticos que o modelo implementado na fase anterior teve junto dos sujeitos e de que forma contribuiu para alterar a sua vida sexual após a lesão medular.

3. Momento I: Caracterização dos participantes

3.1. Instrumento: Questionário

No primeiro momento pretendeu-se caracterizar a amostra através da recolha de dados com um questionário elaborado para o efeito e que organizamos da seguinte forma: a) dados sócio-demográficos; b) dados relativos à lesão medular; c) estado psicológico resultante da lesão; d) impacto dos esfíncteres nas emoções; e) informações de ordem sexual; e f) procriação medicamente assistida.

3.2. Apresentação dos resultados

Seguidamente procede-se à apresentação dos dados obtidos¹⁹ que considerámos serem pertinentes para a investigação.

a) Dados sócio-demográficos

Idade:

Os sujeitos do género feminino apresentaram uma média de 33,8 anos, com um intervalo de idades entre 27 e 42 anos. Os sujeitos do género masculino apresentaram uma média de idade de 32,9 anos e um intervalo entre 20 e os 54 anos. A média total da amostra situou-se nos 33,2 anos (Tabela 1).

Género	% Idade	Mínimo	Máximo
Feminino	33,8	27,00	42,00
Masculino	32,9	20,00	54,00
Total	33,2	20,00	54,00

Tabela 1 – Idades e intervalos mínimo-máximo dos participantes.

¹⁹ Com o intuito de evitar diversas casas decimais nos resultados, optou-se por arredondar os valores, conforme sugestão do programa SPSS® (17.0).

Género:

Em relação ao género, a maioria representaram o masculino (26 sujeitos). As mulheres representaram 9 participantes (Tabela 2).

Género	Frequência	%
Feminino	9	25,7
Masculino	26	74,3
Total	35	100,0

Tabela 2 – Género dos participantes.

Habilitações literárias:

Quanto às habilitações literárias, 1 indivíduo referiu não ler nem escrever, 3 revelaram ter o 1º ciclo, 6 sujeitos disseram possuir o 2º ciclo, o 3º ciclo contou com 10 participantes, o 12º ano com 7, a licenciatura com 6 sujeitos e 2 disseram ter uma pós-graduação (Tabela 3).

Habilitações Literárias	Frequência	%
Não lê nem escreve	1	2,8
1ºciclo	3	8,6
2ºciclo	6	17,1
3ºciclo	10	28,6
12ºano	7	20,0
Licenciatura	6	17,1
Pós-graduação	2	5,7
Total	35	100,0

Tabela 3 – Habilitações dos participantes.

Estado civil:

No que concerne ao estado civil, 33 participantes mantinham um relacionamento com componente sexual, enquanto 2 revelaram não ter parceiro à data (Tabela 4).

Estado Civil	Frequência	%
Com relacionamento de carácter sexual	33	94,3
Sem relacionamento de carácter sexual	2	5,7
Total	35	100,0

Tabela 4 – Estado civil dos participantes.

Situação profissional:

Em termos de situação profissional, 5 sujeitos revelaram ser estudantes, enquanto 21 encontravam-se empregados, 5 estavam desempregados e 4 indivíduos em situação de “outros”, que neste caso específico, se tratavam de reformas por invalidez (Tabela 5).

Situação Profissional	Frequência	%
Estudante	5	14,3
Empregado	21	60,0
Desempregado	5	14,3
Outro	4	11,4
Total	35	100,0

Tabela 5 – Género dos participantes.

Pratica algum tipo de religião:

Em relação à prática religiosa, 31 pessoas revelaram professar algum tipo de religião e 11,4% negaram essa prática (Tabela 6).

Prática Religiosa	Frequência	%
Sim	31	88,6
Não	4	11,4
Total	35	100,0

Tabela 6 – Prática religiosa.

b) Dados relativos à lesão medular

Etiologia:

A etiologia da lesão é 100% (35 sujeitos) adquirida (Tabela 7).

Etiologia da lesão	Frequência	%
Adquirida	35	100,0

Tabela 7 – Etiologia da lesão medular

Causa:

As causas da lesão medular apresentaram-se em primeiro lugar com 22 indivíduos vítimas de acidentes de viação. Seguidamente os acidentes desportivos com 5 sujeitos, os acidentes de trabalho com 4 e agressões por bala e outros acidentes, ambos com 2 participantes (Tabela 8).

Motivo da lesão	Frequência	%
Trauma viação	22	62,9
Trauma desporto	5	14,3
Trauma trabalho	4	11,4
Agressão bala	2	5,7
Outros acidentes	2	5,7
Total	35	100,0

Tabela 8 – Motivo da lesão medular

Nível:

Os níveis da lesão representaram 11 participantes para cervical, 15 para dorsal, 8 para lombar e 1 sujeito para a zona sagrada (Tabela 9).

Nível da lesão	Frequência	%
Cervical	11	31,4
Dorsal	15	42,9
Lombar	8	22,9
Sagrada	1	2,8
Total	35	100,0

Tabela 9 – Nível da lesão medular.

Tipo:

Em relação ao tipo de lesão, observou-se a lesão completa com 19 indivíduos e a lesão incompleta com 16 (Tabela 10).

Tipo de lesão	Frequência	%
Completa	19	54,3
Incompleta	16	45,7
Total	35	100,0

Tabela 10 – Tipo de lesão medular.

Extensão:

Na extensão da lesão verificaram-se 19 pessoas para a Classificação ASIA²⁰ A, 6 para a ASIA B, 7 para ASIA C e 3 sujeitos para ASIA D (Tabela 11).

²⁰ASIA A - Completa: nenhuma função sensorial ou motora nos segmentos sagrados S4-S5.

ASIA B - Incompleta: nenhuma função motora, porém alguma função sensorial é preservada abaixo do nível neurológico incluindo os segmentos S4-S5.

Extensão da lesão	Frequência	%
ASIA A	19	54,3
ASIA B	6	17,1
ASIA C	7	20,0
ASIA D	3	8,6
Total	35	100,0

Tabela 11 – Extensão da lesão medular.

c) Estado psicológico resultante da lesão

Perturbações emocionais:

Nas implicações negativas de ordem emocional que a lesão medular representa, encontraram-se 6 indivíduos que responderam “não tenho problemas dessa natureza”, 5 disseram “tenho esse problema mas não me incomoda, 12 participantes confessaram “tenho esse problema e sinto-me incomodado” e outros 12 revelaram “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente (Tabela 12).

Perturbação de ordem emocional	Frequência	%
Não tenho problemas dessa natureza	6	17,1
Tenho esse problema mas nao me incomoda	5	14,3
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	12	34,3
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	12	34,3
Total	35	100,0

Tabela 12 – Perturbações negativas de ordem emocional

Alterações da auto-imagem e da auto-estima:

No caso das perturbações da auto-imagem e da auto-estima, 6 participantes revelaram “não ter problemas dessa natureza”, 2 disseram “tenho esse problema mas não me incomoda”, 12 revelaram “tenho esse problema e sinto-me incomodado” e, por fim, 15 indivíduos assumiram “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente” (Tabela 13).

ASIA C - Incompleta: 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.

ASIA D - Incompleta: 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.

ASIA E - Normal: funções motora e sensitiva normais.

Perturbação da auto-imagem e da auto-estima	Frequência	%
Não tenho problemas dessa natureza	6	17,1
Tenho esse problema mas nao me incomoda	2	5,7
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	12	34,3
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	15	42,9
Total	35	100,0

Tabela 13 – Alterações da auto-imagem e da auto-estima.

d) Impacto dos esfíncteres nas emoções

Perdas de urina:

Quanto às eventuais perdas de urina e às perturbações que daí pudessem advir, 7 entrevistados revelaram “não tenho problemas dessa natureza”. 6 disseram “tenho esse problema mas não me incomoda”, 17 assumiram “tenho esse problema e sinto-me incomodado e 5 responderam “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente” (Tabela 14).

Perdas de urina	Frequência	%
Não tenho problemas dessa natureza	7	20,0
Tenho esse problema mas nao me incomoda	6	17,1
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	17	48,6
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	5	14,3
Total	35	100,0

Tabela 14 – Eventuais perturbações emocionais relacionadas com perdas de urina

Perdas de gases e/ou fezes:

No caso da perda de fezes, 7 indivíduos disseram “não tenho problemas dessa natureza”, 9 revelaram “tenho esse problema mas não me incomoda”, 16 reportaram “tenho esse problema e sinto-me incomodado” e 3 assumiram “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente (Tabela 15).

Perdas de gases e/ou fezes	Frequência	%
Não tenho problemas dessa natureza	7	20,0
Tenho esse problema mas não me incomoda	9	25,7
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	16	45,7
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	3	8,6
Total	35	100,0

Tabela 15 – Eventuais perturbações emocionais relacionadas com perdas de gases e/ou fezes.

e) Informações de ordem sexual

Relevância da vida sexual - antes da lesão:

Na relevância dada à vida sexual antes da lesão, 8 inquiridos reportaram ser “importante”, enquanto 27 disseram ser “muito importante” (Tabela 16).

Importância da vida sexual – antes da lesão	Frequência	%
Importante	8	22,9
Muito importante	27	77,1
Total	35	100,0

Tabela 16 – Importância atribuída à vida sexual antes da lesão medular.

Relevância da vida sexual - depois da lesão:

Após a lesão medular 1 sujeito afirmou que a vida sexual tem uma representação “nada importante”, 3 disseram ser “pouco importante”, 10 referiram ser “importante” e 21 assumiram ser “muito importante” (Tabela 17).

Importância da vida sexual – depois da lesão	Frequência	%
Nada importante	1	2,8
Pouco importante	3	8,6
Importante	10	28,6
Muito importante	21	60,0
Total	35	100,0

Tabela 17 – Importância atribuída à vida sexual depois da lesão medular.

Sexualidade após lesão: Luto sexual – pensamento:

Relativamente ao período que mediou a ocorrência da lesão e a primeira vez que os participantes pensaram na sua vida sexual, 28 entrevistados revelaram ter sido entre “0-3 meses”, 3 deles entre “4-7 meses”, e “mais de 12 meses” e 1 sujeito demorou entre 8-11 meses a pensar no assunto (Tabela 18).

Luto sexual - Pensamentos	Frequência	%
0-3 meses	28	80,0
4-7 meses	3	8,6
8-11 meses	1	2,8
Mais de 12 meses	3	8,6
Total	35	100,0

Tabela 18 – Luto sexual – Pensamento após a lesão.

Conversou com alguém:

Quando questionados se conversaram com alguém aquando desse pensamento, 21 sujeitos disseram “sim” e 14 responderam “não” (Tabela 19).

Trocou impressões	Frequência	%
Sim	21	60,0
Não	14	40,0
Total	35	100,0

Tabela 19 – Conversaram com alguém após pensarem na vida sexual?

Com quem conversaram:

Um dos entrevistados disse ter conversado com “enfermeiro” e outro com “psicólogo”, 11 indivíduos falaram com o médico, 3 referiram ter trocado impressões com “outros” (neste caso específico, seriam outros lesionados medulares) e 5 inquiridos conversaram com o “parceiro” (Tabela 20).

Com quem trocou impressões	Frequência	%
Enfermeiro	1	2,8
Médico	11	31,4
Ninguém	14	40,0
Outros	3	8,6
Parceiro	5	14,4
Psicólogo	1	2,8
Total	35	100,0

Tabela 20 – Com quem conversaram após pensarem na vida sexual?

Resposta que obteve:

No caso de relatarem a resposta obtida, 6 pessoas referiram ter-lhes sido dito “é cedo demais para pensar nisso”, 4 ouviram “existem alternativas a explorar” e 11 receberam “explicações vagas e sem orientações” (Tabela 21).

Resposta obtida	Frequência	%
É cedo demais para pensar nisso	6	17,2
Existem alternativas a explorar	4	11,4
Explicações vagas e sem orientações	11	31,4
Nunca se falou sobre isso	14	40,0
Total	35	100,0

Tabela 21 – Resposta obtida.

Quem respondeu o quê:

Em relação a quem terá respondido o quê, 3 médicos, 1 outros e 2 parceiros disseram “é cedo demais para pensar nisso”, 1 psicólogo, 1 médico e 2 parceiros revelaram “existem alternativas a explorar” e 1 enfermeiro, 7 médicos, 2 outros e 1 parceiro forneceram “explicações vagas e sem orientações” (Tabela 22).

		Resposta obtida				Total
		É cedo demais para pensar nisso	Existem alternativas a explorar	Explicações vagas e sem orientações	Nunca se falou sobre isso	
Quem	Psicólogo	0	1	0	0	1
	Enfermeiro	0	0	1	0	1
	Médico	3	1	7	0	11
	Ninguém	0	0	0	14	14
	Outros	1	0	2	0	3
	Parceiro	2	2	1	0	5
	Total	6	4	11	14	35

Tabela 22 – Quem respondeu o quê.

Luto sexual – primeira actividade de cariz sexual:

Em relação à primeira vez que tiveram algum tipo de contacto sexual (até mesmo sonhos), 7 participantes disseram “ainda não ter experimentado”, 12 revelaram ter sido entre “0-3 meses”, 8 entre “4-7 meses”, 2 deles disseram ter sido entre “8-11 meses” e 6 demoraram “mais de 12 meses” (Tabela 23).

Primeiro contacto sexual pós-lesão	Frequência	%
Ainda não experimentou	7	20,0
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
Total	35	100,0

Tabela 23 – Luto sexual – primeira actividade de cariz sexual.

Alterações perceptivas do desejo sexual:

Quanto a alterações da libido, 4 indivíduos responderam “não tenho problemas dessa natureza”, 9 disseram “tenho esse problema e sinto-me incomodado” e 22 confessaram “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente (Tabela 24).

Alterações da libido	Frequência	%
Não tenho problemas dessa natureza	4	11,4
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	9	25,7
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	22	62,9
Total	35	100,0

Tabela 24 – Alterações perceptivas da libido.

Alterações perceptivas do desempenho sexual:

Relativamente ao desempenho sexual, 10 entrevistados disseram “tenho esse problema e sinto-me incomodado”; 25 indivíduos confessaram “por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente (Tabela 25).

Alterações do desempenho sexual	Frequência	%
Tenho esse problema e sinto-me incomodado	10	28,6
Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente	25	71,4
Total	35	100,0

Tabela 25 – Alterações perceptivas do desempenho sexual.

Alteração da satisfação sexual:

A eventual ocorrência de alterações na satisfação sexual teve a discordância de 1 dos inquiridos que respondeu “discordo” à questão. Oito sujeitos disseram “concordo” e 26 revelaram “concordar completamente com alterações nesse sentido (Tabela 26).

Alterações na satisfação sexual pós-lesão	Frequência	%
Discordo	1	2,8
Concordo	8	22,9
Concordo completamente	26	74,3
Total	35	100,0

Tabela 26 – Alterações na satisfação sexual pós-lesão.

Ocorrência de orgasmo pós-lesão:

No caso do orgasmo, 26 sujeitos disseram “nunca” mais o ter experimentado após a lesão medular. Sete participantes revelaram sentir orgasmo “ocasionalmente” e 2 dizem ter orgasmo “frequentemente” (Tabela 27).

Ocorrência de orgasmo depois da lesão	Frequência	%
Nunca	26	74,3
Ocasionalmente	7	20,0
Frequentemente	2	5,7
Total	35	100,0

Tabela 27 – Obtenção de orgasmo pós-lesão.

f) Procriação medicamente assistida

Desejo de ter filhos:

Quando questionados se gostariam de experimentar a maternidade/paternidade, 21 participantes revelaram “sim”, sendo que 14 deles disseram “não” (Tabela 28).

Desejo de ser mãe/pai	Frequência	%
Sim	21	60,0
Nao	14	40,0
Total	35	100,0

Tabela 28 – Desejo de experimentar a maternidade/paternidade.

Informações dos procedimentos:

Em relação posse de informações acerca dessa temática, 11 pessoas disseram “sim” e 24 revelaram que “não” (Tabela 29).

Informações como ser mãe/pai	Frequência	%
Sim	11	31,4
Não	24	68,6
Total	35	100,0

Tabela 29 – Informações acerca da Procriação medicamente assistida.

Quem informou:

Respondendo à proveniência das informações que tinham, 1 indivíduo disse obtê-las através de “amigos” e de “leituras”, 4 apontaram a “internet” como veículo de informação, 2 revelaram ter sido o “médico” e 3 referiram-se ao “psicólogo” como informador (Tabela 30).

Quem informou acerca da PMA	Frequência	%
Amigos	1	2,8
Internet	4	11,4
Leituras	1	2,9
Médico	2	5,7
Ninguém	24	68,6
Psicólogo	3	8,6
Total	35	100,0

Tabela 30 – Proveniência da informação acerca da Procriação medicamente assistida.

3.3. Discussão dos resultados

No nosso estudo verificámos que os resultados relativamente à etiologia da lesão vértebro-medular não apresentam disparidade em relação à bibliografia consultada (M. Wyndaele & J. Wyndaele, 2006; Anderson et al., 2007). A média de idades encontrada vai, igualmente, ao encontro dos valores comumente apurados por estes autores.

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.

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 características sensitivas. Kreuter et al. (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 determinados autores sugerirem que, no caso dos lesionados 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 neste grupo estudado, provavelmente devido ao impacto que a lesão poderá ter tido 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, podem ajudar no aumento da motivação para restabelecer as suas anteriores práticas, sobretudo quando se recorre à exploração de alternativas compensatórias (Kreuter et al., 2008). Assim, suspeita-se que a ausência de sensibilidade na área genital pode ser substituída pela exploração e descoberta de novas áreas erógenas, mapeadas para o efeito (Sakellariou, 2006).

Relativamente às orientações/informações prestadas aos sujeitos acerca da sua vida sexual, sabe-se que, na maior parte das vezes, a prioridade inicial de um programa de reabilitação centra-se nas competências motoras, procurando obter um bem-estar físico, cognitivo e emocional, articulado com as áreas ocupacionais, desportivas e de lazer em geral. Temas como o amor romântico, a intimidade e a sexualidade, raramente são abordados (S. Esmail et al., 2002). Na nossa amostra, quando questionados se conversaram com alguém no período pós-lesão acerca de questões de ordem sexual, nomeadamente sobre dificuldades e/ou esclarecimento de dúvidas, 60% dos doentes responderam positivamente, enquanto 40% assumem que nunca o fizeram. Esta questão referia-se, tanto ao facto dos sujeitos terem sido abordados por alguém nesse sentido, como à possibilidade da iniciativa ter partido da sua parte.

Os mitos e as atitudes sociais originam inibições que condicionam a abordagem desta temática; a sociedade criou estereótipos, aos quais os profissionais de saúde não são

imunes, atribuindo à pessoa com deficiência a condição de indivíduos assexuados, negligenciando as suas expressões de sexualidade como promotoras do auto-conceito e da auto-estima (Milligan & Neufeldt, 2001).

É aceite que na fase inicial após a lesão haja um período que se poderia denominar de assexualidade (A. Alves et al., 1999). No entanto, durante o período de reabilitação surge a redescoberta sexual, pelo que as informações e orientações podem constituir um contributo importante para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação (Fisher et al., 2002; Garrett, Martins & Teixeira, 2009).

As décadas de 70 e 80 são profícuas em publicações que nos remetem para o estado da arte, bem como de propostas de estratégias a implementar, nomeadamente programas educacionais junto das equipas multidisciplinares, com o objectivo de incentivar os profissionais a abordar a vida sexual do doente com lesão medular ainda durante o período de internamento, promovendo a sua reabilitação holística (Anderson e Cole, 1975; Brockway et al., 1975; Miller, 1988; Evans, Haler, DeFreece & Larsen, 1976; Braakman, Orbaan & Dishoeck, 1976; Schuler, 1982; Novak & Mitchell, 1988; Spica, 1989).

Após este período de produção científica, algum vazio é encontrado na literatura, não havendo informação de que os referidos programas estejam a ser implementados, nem da avaliação da sua eficácia. Em Portugal, apesar dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, transmitirem a ideia de que conversam com estes doentes sobre a sua nova situação sexual, esse facto não é evidenciado nas publicações existentes. O mesmo se passa para outros grupos de profissionais de saúde que compõem as equipas multidisciplinares.

A vida sexual e a sexualidade individual são assuntos da esfera privada, habitualmente partilhados com pessoas afins. Abordar esta temática com terceiros é, normalmente, fonte de inibição, inclusive para os profissionais de saúde, mesmo quando integrada num contexto clínico (Milligran & Neufeldt, 2001). No presente caso, 40% dos indivíduos inquiridos nunca abordaram questões sobre a sua sexualidade após a ocorrência da lesão medular.

Publicações encontradas sugerem que, pela dificuldade em abordar o assunto com outras pessoas, os doentes com lesão medular utilizam a internet como meio de procura de informações, porém assumem que teriam preferência em ver estas dúvidas esclarecidas por profissionais especialistas na matéria (Matter, Feinberg, Schomer, Harniss & Brown, 2009). Outros autores aconselham, ainda, a que se identifiquem os obstáculos que impedem o acesso a especialistas e que, a partir dessa identificação, se proponham soluções a implementar, já que os doentes revelam interesse na informação durante o período de internamento, até mesmo durante a fase aguda (Miller, 1988; S. Esmail et al., 2002; Booth et al., 2003; Garrett et al., 2009).

Na nossa casuística salienta-se que, dos indivíduos que abordaram o tema, 31,4% fê-lo com o seu médico assistente e apenas 5,8% com outros elementos da equipa de reabilitação. No caso dos sujeitos que referem ter sido o médico o elemento com quem estabeleceram diálogo acerca de questões sexuais, não ficou esclarecido se foram diversos médicos ou os mesmos médicos em diversas circunstâncias, com sujeitos distintos. Embora alguns autores refiram que a reabilitação de doentes com lesão medular, deve ocupar-se precocemente da sua reeducação sexual, por meio de equipas multidisciplinares (Spica, 1989; Novak & Mitchell, 1988; Evans, Halar, DeFreece & Larsen, 1976; Booth et al., 2003; S. Esmail et al., 2002; M. Alexander & C. Alexander, 2007), constata-se o afastamento dos profissionais de saúde desta problemática. Pentland et al. (2002) referem que, sobretudo as mulheres com lesão medular são, frequentemente, ignoradas do ponto de vista sexual, já que reportam sentimentos de isolamento e de falta de suporte no campo dos relacionamentos e da sua vida sexual. Para estes autores, as queixas apresentadas pelas mulheres dirigem-se à percepção de que os homens são o maior objecto de estudo neste campo e que as únicas informações disponíveis para mulheres prendem-se com a procriação.

O comportamento de evitamento que transparece nas explicações vagas e no negligenciar de práticas e orientações concretas, que possam melhorar a vida sexual dos indivíduos com lesão medular, resulta da falta de formação e de treino específico, de desconforto perante o assunto, falta de tempo, atitudes e crenças pessoais (Herson, Hart, Gordon & Rintala, 1999; Sakellariou, 2006; Booth et al., 2003; M. Alexander & C. Alexander, 2007). Alguns profissionais referem, ainda, dúvidas quanto ao papel que devem

desempenhar (S. Esmail et al., 2002), enquanto outros apontam alguma insensibilidade quanto às necessidades dos utentes (Low & Zubir, 2000).

Este conjunto de razões pode estar dependente de pressupostos que admitem que esta problemática não deve ser abordada no período de internamento inicial, apesar de na nossa amostra, 80% dos indivíduos terem assumido que pensaram na sua vida sexual nos primeiros 3 meses após a lesão. No entanto, no seu conjunto, o alheamento dos profissionais de saúde da problemática da reeducação sexual dos doentes com lesão medular, pode resultar da inexistência de um trabalho de equipa organizado e estruturado para este fim. A insegurança quanto aos conhecimentos e quanto ao papel de cada um, poderia ser ultrapassada com a implementação de equipas multidisciplinares de reeducação e reabilitação da vida sexual e da sexualidade, integradas num programa holístico de intervenção.

Apesar das propostas de intervenção veiculadas pelas comunicações científicas dos anos 70 e 80, a literatura recente continua a apontar lacunas, quer da abordagem inicial junto do doente, quer de programas de informação/educação junto dos profissionais de saúde.

Como já foi demonstrado anteriormente, os modelos de intervenção multidisciplinar referem estratégias baseadas na educação (informação específica de anatomia e fisiologia da função sexual), na facilidade de comunicação e na prescrição de recursos (meios terapêuticos). A fertilidade, a gravidez, a contraceção e a menopausa completam a informação a fornecer (Pentland et al., 2002; Jackson, 2001). Assim sendo, a utilização de modelos de intervenção parece útil como método de abordagem e de educação, proporcionando conforto ao profissional de saúde, que poderá apoiar-se em instrumentos que confirmam espaço e permissão ao doente para ver esclarecidas as suas dúvidas para uma vida sexual compatível com a sua nova situação.

O melhor conhecimento das inibições, das suas causas e, fundamentalmente, da forma como estes sujeitos experienciam a sua sexualidade após um evento desta natureza, poderá ser apurado através da avaliação qualitativa das percepções existentes. Esta avaliação suportará a implementação de aspectos interventivos na reeducação da vida sexual dos doentes com lesão medular.

4. Momento II: Vivência da sexualidade após life-event traumático

4.1. Entrevista semi-estruturada I

A construção do guião de entrevista semi-estruturada para o Momento II, constituído por nove questões abertas, teve como base os dados obtidos no questionário do Momento I e a consulta bibliográfica acerca do tema. As lacunas encontradas ao nível psicológico e emocional, em detrimento do grande volume de informações biofisiológicas, levaram-nos a optar por questões que pudessem conduzir os participantes a explanar o seu ponto de vista e as suas dificuldades relativamente à sexualidade após a ocorrência do evento traumático. De acordo com Fossey et al. (2002) e Belei et al. (2008), as entrevistas semi-estruturadas são, por norma, um dos modelos mais utilizados para perceber o significado que os indivíduos atribuem aos acontecimentos, pois permitem uma organização flexível à medida que as informações vão sendo fornecidas.

Assim, o processo subsequente cumpre, como já foi referido anteriormente, a seguinte sequência:

- a) Unidades de significado retiradas dos discursos
- b) Categorias conceptuais
- c) Categorias centrais

4.2. Apresentação dos resultados

No segundo momento (prévio à implementação do programa Mo-Re-Sex), as nove questões colocadas aos participantes originaram trinta categorias centrais, sendo que as categorias centrais Comparação pré-lesão e Sem contacto sexual pós-lesão, surgiram repetidamente por sete e três vezes, respectivamente. As categorias serão apresentadas hierarquicamente, de acordo com a frequência encontrada para cada uma das questões.

Questão 1: “O que entende por sexualidade?”

Desta questão as categorias centrais apuradas são: a) Interacções emocionais e afectivas; b) Predomínio da actividade sexual; c) Inerente à natureza humana e d) Realização pessoal.

a) Interacções emocionais e afectivas

Esta categoria considera que a sexualidade é tida como um conjunto de interacções entre os indivíduos que pressupõem trocas de carácter emocional e afectivo. Do discurso dos sujeitos decorre o pressuposto de uma expressividade que vai para além do acto sexual em si.

Esta categoria central engloba as categorias conceptuais: a) Expressão de sentimentos e emoções; b) Situação íntima e c) Distinção entre sexo e sexualidade.

O Quadro 12 apresenta a sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Interacções emocionais e afectivas, bem como exemplos do discurso dos sujeitos, para melhor ilustração.

Quadro 12

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Interacções emocionais e afectivas

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Expressão de sentimentos e emoções			25	16
	Carícias	S4: “Carícias, beijos, olhar” S22: “É abraçar, beijar”	5	5
	Romantismo	S16: “O romantismo” S26: “A parte mais romântica do relacionamento”	3	3
	Conjunto de comportamentos	S21: “Comportamentos” S30: “É um conjunto de atitudes, talvez... de comportamentos”	2	2
	Resposta do outro	S9: “A resposta delas também é sexualidade” S9: “Não havendo do outro lado acaba por não ser nada”	2	2

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Sentimentos e emoções	S20: “É o amor que se pode dar e receber de outra pessoa” S22: “O gostar mesmo de alguém”	2	2
	Amar	S3: “Amor” S22: “O amor, o carinho”	2	2
	Dar e receber amor	S20: “É o amor que se pode dar e receber de outra pessoa”	1	1
	Palavras bonitas	S22: “Dizer palavras bonitas”	1	1
	Ser amado	S33: “Ser amado”	1	1
	Comportamentos com sentimentos	S31: “É tudo aquilo que fazemos com quem amamos”	1	1
	Conjunto de sinais	S24: “Também outro tipo de sinais”	1	1
	Demonstração de afectos	S6: “Demonstrar através de palavras ou actos”	1	1
	Carinho e atracção física	S6: “É poder demonstrar os sentimentos de carinho e/ou atracção física”	1	1
	Sentimentos do casal	S4: “Sentimentos que o casal possa ter entre eles”	1	1
	Presente sob diversas formas	S24: “Olhares, o toque, o cheiro”	1	1
Situação íntima			20	13
	Intimidade individual	S2: “Coisa íntima” S23: “Desde a intimidade, a sua própria intimidade”	10	7
	Intimidade do casal	S4: “É a intimidade do casal” S12: “Estarem na intimidade é sexualidade”	4	4
	Intimidade em geral	S16: “Pode ser a intimidade” S19: “Refere-se a tudo o que as pessoas têm na intimidade”	3	3
	Privacidade do casal	S18: “A nossa privacidade”	1	1
	Privacidade individual	S2: “Nossa privacidade”	1	1
	Privacidade em geral	S16: “A privacidade”	1	1
Distinção entre sexo e sexualidade			15	11
	Diferente de sexo	S2: “Diferente de ter sexo” S4: “Não é só sexo ou a actividade sexual”	7	5
	Para além do sexo	S20: “Não é só o sexo, não, é tudo o resto” S21: “Não é só o acto sexual em si”	6	5
	Abrangência	S14: “A sexualidade é muito abrangente”	2	2

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		S16: “Tudo pode ser sexualidade”		

Em Expressão de sentimentos e emoções são encontrados 16 sujeitos que a referenciam 25 vezes, distribuindo essa referência, na sua maioria, pelo beijo, abraço, ou seja, carícias, e pela manifestação de romantismo para com o parceiro. É de assinalar, também, a referência a comportamentos e atitudes, bem como, ao *feedback* do parceiro e ao amor e carinho. A minoria aponta que a sexualidade se traduz por dar e receber amor, palavras bonitas, ser amado, comportamentos que englobem sentimentos, conjunto de sinais, demonstração de afectos, atracção física, sentimentos entre o casal e, por fim, o facto da sexualidade se manifestar sob diversas formas.

Na categoria conceptual Situação íntima, são encontradas 20 referências, apontadas por 13 participantes. Cerca de metade dos sujeitos descreveram a sexualidade como sendo uma experiência de ordem íntima, especificamente do próprio indivíduo, enquanto os restantes assinalaram a intimidade do casal e a intimidade em geral, como significados de sexualidade. Em menor número, encontraram-se descrições relativas à privacidade, quer do próprio, quer do casal e, igualmente, privacidade generalizada.

A Distinção entre sexo e sexualidade surge como a última categoria conceptual pertencente à categoria central Interacções emocionais e afectivas. Onze participantes referiram-na 15 vezes, sendo que cerca de metade apontaram a sexualidade como algo diferente de ter sexo e algo que se encontra para além do sexo. Os restantes descrevem a sexualidade como sendo um conceito muito abrangente e alargado a vários quadrantes.

b) Predomínio da actividade sexual

A categoria central Predomínio da actividade sexual confere uma perspectiva colectiva da sexualidade e assenta no pressuposto de que esta é uma actividade sexual que, para além de dar satisfação, é parte integrante dos relacionamentos entre um homem e uma mulher e, assim sendo, é identificada como uma prática, independentemente ou não, da existência de afectos. Esta categoria pode conduzir a alguma confusão entre os conceitos sexo e sexualidade.

As categorias conceptuais encontradas clarificam o atrás exposto: a) Actividade sexual independentemente da afectividade; b) Actividade sexual com afectividade; c) Actividade prazerosa; d) Uma das dimensões do relacionamento e e) Sedução.

No Quadro 13 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que originaram a categoria central Predomínio da actividade sexual, bem como alguns exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 13

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Predomínio da actividade sexual

Categoria conceptual	Categoria Descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Actividade sexual independentemente da afectividade			21	15
	Relações sexuais	S26: “Ser sem amor ou com amor” S17: “Quer se goste ou não da pessoa com quem se está”	21	15
Actividade sexual com afectividade			8	8
	Relações sexuais com afectos	S32: “Quando é feito por amor S34: “É quando existe amor ou uma amizade com outra pessoa”	5	4
	Fazer amor	S12: “Fazer amor” S15: “É o que chamamos fazer amor”	3	3
Actividade prazerosa			9	5
	Algo de positivo	S13: “Para mim é uma coisa boa” S32: “Se for uma coisa saudável é muito boa de viver”	7	4
	Diversão	S3: “diversão”	2	1
Uma das dimensões do relacionamento			7	4
	Faz parte da relação	S12: “Faz parte de uma relação ter sexualidade” S18: “Aquilo que temos com as nossas mulheres”	5	3
	Interacção entre as pessoas	S8: “Conjunto de interacções entre 2 ou mais pessoas”	1	1
	Tipo de relacionamento	S25: “Sexualidade é o tipo de relação”	1	1
Sedução			3	3
	Jogo de sedução	S16: “A forma de seduzir” S24: “O jogo de sedução”	3	3

Na categoria Actividade sexual independentemente da afectividade, 15 participantes referiram-se à sexualidade como sendo ter relações sexuais, em 21 circunstâncias. Estas referências centraram-se na actividade sexual com ou sem amor, quer se goste ou não do parceiro.

Por outro lado, a Actividade sexual com afectividade, apresentou 8 referências apontadas por 8 sujeitos, que identificaram a sexualidade como uma actividade sexual, porém com amor, ou mesmo, *fazer amor*.

Cinco participantes, em 9 circunstâncias traduziram a sexualidade como uma Actividade prazerosa, sendo que a sua maioria descrevem-na como algo de positivo e apenas um sujeito a descreve como divertida.

A categoria Uma das dimensões do relacionamento foi assinalada por 4 sujeitos em 7 ocasiões. A sexualidade faz parte da relação e é, também, um tipo de relacionamento, nomeadamente, interacção entre as pessoas.

Por fim, a Sedução foi referida por 3 sujeitos em 3 situações, mais concretamente a existência do jogo de sedução para descrever o que entendem por sexualidade.

c) Inerente à natureza humana

Esta categoria central sugere que a sexualidade é vista como fazendo parte do indivíduo no que concerne às suas características biológicas, nomeadamente, neuronais e hormonais, bem como derivada de componentes que se prendem com o foro psicológico e social. Deste modo, é vista numa vertente holística, que nasce com o indivíduo e se desenvolve ao longo da sua vida.

Esta categoria central engloba as categorias conceptuais: a) Expressão de sentimentos e: a) Sexualidade como característica individual; b) Globalidade do ser humano; c) Sexualidade como característica evolutiva e d) Vida sexual.

No Quadro 14 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Inerente à natureza humana, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 14

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Inerente à natureza humana

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sexualidade como característica individual			21	15
	Faz parte das pessoas	S1: “Todos temos isso dentro de nós” S2: “Cada um de nós tem a sua”	20	15
	Comportamento natural	S10: “Ter sexualidade é natural”	1	1
Globalidade do ser humano			7	7
	Tudo em geral	S9: “Sexualidade é tudo” S31: “Quando gostamos de alguém acho que há sexualidade em tudo, mesmo no modo de falar”	2	2
	Tudo da vida sexual	S23: “É todas as coisas... que envolvem a actividade sexual do ser humano” S24: “Tudo o que engloba a vida sexual”	2	2
	Conjunto de coisas	S27: “A sexualidade é um conjunto de coisas” S30: “A sexualidade abrange mais coisas”	2	2
	O global do ser humano	S16: “É o global do ser humano”	1	1
Sexualidade como característica evolutiva			2	2
	Evolui com a pessoa	S15: “Evolui connosco” S24: “A sexualidade vai-se desenvolvendo juntamente com a personalidade”	2	2
Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Vida sexual			2	2
	Vida sexual da pessoa	S15: “Quer dizer a vida sexual dum pessoa”	1	1
	Orientação sexual	S21: “Orientação sexual”	1	1

Dezasseis participantes, em 21 ocasiões apontaram a Sexualidade como sendo uma característica individual, tal como outras características de carácter biológico, fazendo

parte de todos os indivíduos e, assim, encarada como um comportamento normal de qualquer ser humano.

Na categorial conceptual Globalidade do ser humano 7 sujeitos, por 7 vezes, referiram-se à sexualidade como sendo tudo em geral, tudo o que compreende a vida sexual, bem como *um conjunto de coisas*, compondo holisticamente o ser humano.

A categoria Sexualidade como característica evolutiva é referida por 2 sujeitos em 2 momentos. Estes entrevistados sugerem que a sexualidade acompanha a pessoa ao longo da sua vida e vai evoluindo com ela, de acordo com as suas vivências e experiências.

Por último, 2 sujeitos em 2 ocasiões descrevem a sexualidade como sendo a Vida sexual da pessoa, bem como a sua orientação sexual. Nestas descrições os sujeitos reduzem a sexualidade às práticas e às experiências sexuais do ser humano.

d) Realização pessoal

Esta categoria central define a sexualidade como sendo essencial para o bem-estar individual, para o equilíbrio físico e psicológico do sujeito, tornando-o uma pessoa realizada.

Esta categoria engloba a categoria conceptual com a mesma denominação (Realização pessoal). Sete sujeitos, por 10 ocasiões apontaram a sexualidade como sendo um factor determinante para o bem-estar, para a complementaridade e a plenitude, para além de ser um direito de todos os indivíduos.

No Quadro 15 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Realização pessoal, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 15

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Realização pessoal

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Realização pessoal			10	7
	Sensação de bem-estar sexual	S25: “sentirmo-nos bem com o nosso tipo de vida sexual” S25: “sentirmo-nos bem com o nosso parâmetro sexual”	2	1
	Sensação de bem-estar	S25: “O sentirmo-nos bem connosco próprios”	1	1
	Plenitude	S11: “É a satisfação plena da actividade física e emocional enquanto indivíduo” S11: “É o pleno, é o completo do ser humano”	2	1
	Necessária	S17: “Todos precisamos da sexualidade”	2	2
	Realização pessoal	S6: “Vital para se sentir realizado”	1	1
	Fundamental ao ser humano	S21: “É fundamental”	1	1
	Direito	S33: “É um direito de todos”	1	1

Questão 2: “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”

As categorias centrais apuradas para a questão 2 são: a) Modificações perceptivas de cariz anátomo-fisiológico; b) Consequências diárias do *life-event* traumático; c) Comparação pré-lesão; d) Efeitos psíquicos da lesão; e) Percepção psicosexual; f) Sem actividade sexual pós-lesão.

a) Modificações de cariz anátomo-fisiológico

A primeira categoria central revela que os sujeitos sentem, em primeiro plano, alterações do ponto de vista anatómico e fisiológico, comprometendo, assim, o seu desempenho sexual.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Alterações negativas da sensibilidade; b) Alterações negativas do desempenho sexual e c) Alterações negativas na libido.

No Quadro 16 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Modificações de cariz anátomo-fisiológico, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 16

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Modificações de cariz anátomo-fisiológico

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Alterações negativas da sensibilidade			50	27
	Ausência de sensibilidade	S4: “Punha a mão no pénis e sentia só a minha mão” S5: “Não tenho nenhuma sensibilidade na vagina”	39	18
	Diminuição da sensibilidade	S1: “Acho que tinha mais sensibilidade no pénis do que agora” S35: “Tenho menos sensações na zona do pénis e não é tão bom”	10	8
	Sensibilidade dolorosa	S2: “Fiquei com sensibilidade a mais no pénis e isso faz-me muitas dores, muito desconforto”	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Alterações negativas no desempenho sexual			44	21
	Ausência de orgasmo	S6: “Deixei de poder ter um orgasmo” S8: “Nunca chego ao orgasmo completo”	12	7
	Diminuição da capacidade de erecção	S13: “De início tenho erecção, mas depois vai perdendo consistência” S17: “Não tenho erecção como antes e quando tenho é porque me tocam lá”	7	6
	Ausência de erecção	S12: “Não consigo ficar rígido” S15: “Não tenho rigidez”	5	4
	Ausência de prazer sexual	S5: “Nunca mais tive prazer lá” S27: “Não tenho prazer”	3	3
	Dificuldades no orgasmo	S18: “O final também já é muito mais difícil” S25: “Só atinjo o orgasmo se for eu a tocar-me”	5	2
	Ausência de ejaculação	S6: “Deixei de poder ejacular” S26: “A ejaculação não existe de todo”	2	2
	Diminuição do desempenho sexual	S29: “Já tive deitado com a minha esposa e não consegui...” S33: “O desempenho ficou muito comprometido”	2	2
	Aprender tudo de novo	S20: “Andamos a aprender tudo” S21: “Eu sei que há outras formas... tenho é que as encontrar”	2	2
	Limitações práticas	S24: “Tenho mais problemas em pôr em prática o que quero fazer” S24: “Abalou mais a forma prática do que a teórica”	2	1
	Diminuição da actividade sexual	S27: “A minha vida sexual deixou, pura e simplesmente, de ser vida sexual”	2	1
	Dificuldade na ejaculação	S15: “Não tenho ejaculação sempre”	1	1
	Alterações na prática	S20: “Temos à nossa maneira”	1	1
Alterações negativas na libido			21	11
	Diminuição do desejo	S10: “Já não penso tanto em sexo” S17: “Lembro-me e não tenho muita vontade de experimentar”	11	6
	Ausência de desejo	S9: “Já não ligo às gajas, já não me diz nada” S27: “Não me sinto excitado”	10	5

Na categoria Alterações negativas da sensibilidade 27 indivíduos, por 50 ocasiões, indicaram a ausência de sensibilidade, a diminuição da mesma e, ainda a sensibilidade dolorosa, como factores determinantes para as dificuldades de carácter sexual que possuem.

A categoria conceptual Alterações negativas do desempenho sexual é vista como a globalidade de um conjunto de consequências para os problemas de ordem sexual. Deste conjunto de 21 sujeitos, 44 vezes foram anotadas a ausência e dificuldades de orgasmo, a diminuição da capacidade de erecção, a ausência de erecção e do prazer sexual, a ausência e dificuldades de ejaculação, diminuição do desempenho sexual e na sua frequência, bem como limitações na sua prática. Outros sujeitos referem-se, ainda, à necessidade de reaprender tudo.

Na categoria conceptual Alterações negativas da libido, 11 pessoas em 21 circunstâncias pronunciaram a diminuição do desejo e até mesmo a sua ausência, como consequência da lesão.

b) Consequências diárias do life-event traumático

Nesta categoria central, os participantes revelam as limitações físicas, a existência de grandes modificações na vida e a rotina, como efeitos do evento traumático. Referem-se, também, a efeitos desastrosos que a lesão terá ocasionado na sua vida.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Limitações físicas; b) Grandes alterações de vida; c) Rotina e d) Efeitos desastrosos.

No Quadro 17 apresenta-se a sistematização das categorias conceptuais e das categorias descritivas que originaram a categoria central Consequências diárias do *life-event*, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 17

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Consequências diárias do *life-event* traumático.

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			17	10
Limitações físicas	Dificuldades de mobilização	S3: “Se eu quiser estimular-me a mim próprio, não consigo” S12: “Não me consigo mexer bem”	13	8
	Esvaziamentos	S3: “Não ter controlo de esfíncteres” S24: “Também as questões da bexiga e tal”	3	3
	Sensação de dor e desconforto	S8: “Depois no fim vem aquela sensação de desconforto”	1	1
			11	10
Grandes alterações de vida	As coisas mudaram muito	S7: “As coisas mudaram muito”	6	6
	Mudei muito	S14: “Mudei muito”	1	1
	Tudo é diferente	S15: “Ficou tudo diferente”	2	2
	Transformou a vida sexual	S15: “Transformou a minha vida sexual por completo”	2	2
			8	6
Rotina	Repetição	S1: “É sempre aquilo, daquela maneira, naquela posição” S12: “Agora é sempre da mesma maneira”	3	2
	Actividade programada	S11: “Agora é tudo muito combinado” S15: “Agora tudo tem que ser programado”	5	4
			2	2
Efeitos desastrosos	Efeitos desastrosos	S6: “Desastrosos”	1	1
	Martírio	S2: “É um martírio”	1	1

A categoria conceptual Limitações físicas é referenciada 17 vezes por 10 sujeitos, que assinalam as dificuldades de mobilização, os esvaziamentos de esfíncteres e as sensações de dor e desconforto, como danos ligados ao acontecimento.

As Grandes alterações de vida foram apontadas por 10 participantes em 11 momentos, que consideram que todas as coisas da sua vida mudaram muito, bem como eles próprios, que tudo está diferente desde então e que a lesão transformou a sua vida sexual.

Na categoria conceptual Rotina, foram feitas 8 referências por 6 sujeitos, que indicaram a repetição e a actividade programada como sendo situações frequentes na sua actividade sexual.

A categoria conceptual Efeitos desastrosos surge em 2 ocasiões, expressa por 2 participantes, que consideram que as consequências da lesão tiveram e têm danos particularmente devastadores e que tudo é um *martírio*.

c) Comparação pré-lesão

A categoria central Comparação pré-lesão, é uma categoria praticamente transversal a toda a investigação, já que surge como resultado em diversas questões desta fase. No caso desta questão específica, 11 participantes em 12 ocasiões recorreram a memórias antes da lesão, tais como o facto de serem confiantes, de todas as coisas serem fáceis e simples, de como a vida sexual era importante nas suas vidas e o facto de ser melhor nessa altura do que no presente.

No Quadro 18 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Comparação pré-lesão, para esta específica questão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 18

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			12	11
	Era confiante	S22: “Era todo engatado... isso já não acontece... já não valho nada”	4	4
	Antes era tudo fácil e simples	S11: “Antes era tudo facilitado, nem pensava nisso”	3	3

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	A vida sexual era muito importante	S21: “Antes a vida sexual era muito importante para mim”	1	1
	Antes era melhor	S10: “Agora é pior que antigamente”	1	1
	A vida sexual era muito activa	S21: “Eu e o meu marido tínhamos uma vida sexual bastante activa”	1	1
	Era diferente	S1: “Antes era diferente”	1	1
	Memórias que causam tristeza	S32: “Quando estou na prática lembro-me como era antes e fico meio triste”	1	1

d) Efeitos psicológicos da lesão

Esta categoria central relata os prejuízos de ordem psicológica que a lesão provocou nos participantes. Desde os sentimentos geradores de ansiedade, ao abalo na auto-confiança, os sujeitos descrevem ocorrências na sua vida actual que influenciam de forma negativa o seu bem-estar psicológico.

Nesta categoria central são identificadas as categorias conceptuais: a) Abalo na auto-confiança e b) Sentimentos geradores de ansiedade.

No Quadro 19 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Efeitos psicológicos da lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 19

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Efeitos psicológicos da lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			15	7
Abalo na auto-confiança	Abalo na auto-confiança	S9: “Nunca mais me vou sentir à vontade com ninguém” S35: “Todos os homens são melhores que eu”	9	4

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Abalo na auto-imagem	S6: “Alteração da imagem corporal” S6: “Torna-se muitas vezes difícil sentir-me uma pessoa atraente para mim e para os outros”	2	1
	Aumento da insegurança	S6: “A minha insegurança no contacto com outras pessoas que sempre tive, a deficiência potenciou-a”	4	2
			10	7
Sentimentos geradores de ansiedade	Aumento da ansiedade	S13: “Aquilo às vezes nem funcionava só pela ansiedade de querer fazer” S13: “Se a gente estiver psicologicamente e um bocado concentrado, sem muita ansiedade, acho que as coisas funcionam melhor”	3	1
	Coisa esquisita	S23: “Muito esquisito... muito mau” S27: “Agora tenho uma coisa esquisita”	2	2
	Medo	S2: “Até tenho medo” S5: “Tinha medo”	2	2
	Problemas	S25: “Trouxe-me bastantes problemas”	1	1
	Preocupações	S25: “Trouxe-me preocupações”	1	1
	Sentimentos de vergonha	S35: “A vergonha”	1	1

A categoria conceptual Abalo na auto-confiança, demonstra em 15 relatos, feitos por 7 indivíduos, que os seus níveis de confiança e auto-imagem diminuíram consideravelmente depois da lesão.

Na categoria conceptual Sentimentos geradores de ansiedade, 7 participantes, em 10 momentos, assinalaram um aumento dos níveis de ansiedade, do medo e da estranheza perante tudo que se estava a passar de novo. Outros referiram sentimentos de vergonha, preocupação e problemas de várias ordens, sem especificação.

e) Alternativas compensatórias para obtenção de satisfação

Nesta categoria central os sujeitos tomam noção das limitações de cariz sexual, pelo que a sua reorganização vai no sentido da busca de alternativas que colmatem essas falhas, tais como, a importância que os preliminares têm no momento presente, assim como a necessidade de recorrer a ajudas farmacológicas para potencializar a sua actividade sexual.

Esta categoria central engloba as categorias conceptuais: a) Necessidade de ajudas terapêuticas e b) Relevância dos preliminares.

No Quadro 20 apresenta-se a sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Alternativas compensatórias para obtenção de satisfação, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 20

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Alternativas compensatórias para obtenção de satisfação

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Necessidade de ajudas terapêuticas			6	5
	Utilização de medicação	S22: “Preciso do Viagra para poder continuar a ser alguma espécie de homem” S28: “Agora tenho que usar um creme”	6	5
Relevância dos preliminares			8	3
	Investimento nos preliminares	S5: “Gosto muito dos beijos, dos abraços, das carícias do meu marido, sinto isso tudo” S14: “Invisto mais tempo nos preliminares do que antes”	7	2
	Dar prazer ao outro	S14: “Preocupo-me mais com a minha namorada”	1	1

Na categoria conceptual Necessidade de ajudas terapêuticas, em 6 ocasiões, 5 indivíduos assumiram ter necessidade de algum tipo de medicação para que possam ter um desempenho sexual aceitável.

Na categoria conceptual Relevância dos preliminares, 3 sujeitos em 8 circunstâncias relataram que investem mais nos preliminares agora do que anteriormente e que as carícias trocadas com o parceiro se apresentam como sendo muito agradáveis. Um participante referiu que no presente tem manifestamente mais preocupações com o prazer do parceiro do que anteriormente.

f) Sem actividade sexual pós-lesão

Esta categoria central, é, tal como a Comparação pré-lesão, uma categoria que surge algumas vezes ao longo da investigação, sempre que as questões estejam direccionadas para a vida sexual actual. No caso desta questão específica, 3 pessoas em 3 situações, admitiram ainda não ter tido nenhum contacto sexual desde a ocorrência da lesão, pelo que não possuem dados suficientes para elaborar o seu discurso. No entanto e, apesar de não ter havido experiência nesse sentido, os sujeitos presumem que, em termos sexuais, tudo esteja alterado. Outro, refere ainda, que mesmo que desejasse auto-estimular-se, não o conseguiria devido à ausência de movimentos nos membros superiores.

No Quadro 21 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritiva encontradas no âmbito da categoria central Sem actividade sexual pós-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 21

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem actividade sexual pós-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			3	3
Sem actividade sexual pós-lesão	Sem contacto sexual pós-lesão	S16: “Ainda não voltei a ter contacto sexual mas presumo que tudo esteja alterado” S17: “Ainda não experimentei nada com ninguém e também sozinho não dá por causa dos movimentos dos braços”	3	3

Questão 3: “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”

Esta questão deu origem às categorias centrais a) Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva; b) Instabilidade instalada na relação e c) comparação pré-lesão.

a) Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva

Nesta categoria os sujeitos identificam alterações de ordem psicológica e emocional na sua relação afectiva, decorrentes da lesão. Essas alterações estão identificadas num todo, como sendo, quer de carácter negativo, quer positivo. Em minoria, existem pessoas que, apesar de considerarem ter havido alterações, não as classificam como sendo negativas ou positivas para a sua vida presente.

Esta categoria central inclui as categorias conceptuais: a) Alterações no relacionamento com impacto positivo; b) Alterações no relacionamento com impacto negativo; c) Sem impacto e d) Alterações do relacionamento sem especificação.

No Quadro 22 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 22

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Alterações no relacionamento com impacto positivo			59	25
	Conversas sobre o tema	S2: “tá sempre a dizer para eu ‘tar à vontade, que tudo se vai recompor” S14: “Nós conversamos muito”	24	16
	Relevância dos por-menores	S25: “agora dou valor a outras coisas, a uma mentalidade diferente, a uma mentalidade mais aberta” S29: “anda sempre a ver se me falta alguma coisa, se não falta”	15	6
	Melhorou	S2: “ainda ficou mais meiguinha depois deste acidente” S10: “Presentemente as coisas ‘tão melhores”	6	4

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Segurança	S18: “ela disse logo para eu não me preocupar que ‘tava tudo no controle dela” S20: “toma conta de mim, ajuda-me, é um querido”	5	5
	Mais união entre o casal	S13: “estamos mais unidos” S31: “até nos aproximou mais”	3	3
	Mais tempo	S8: “temos mais tempo”	1	1
	Paciência do parceiro	S28: “para já ainda tem muita paciência comigo”	1	1
	Amadurecimento	S14: “amadurecemos”	1	1
	Criação de objectivos futuros	S8: “espero que quando sair daqui já conseguimos viver sozinhos”	1	1
	Empenho	S13: “é uma fase em que ela está a empenhar-se”	1	1
	Valorização do prazer do outro	S26: “desde que tive a lesão prefiro dar prazer à pessoa que está comigo”	1	1
Alterações no relacionamento com impacto negativo			57	23
	Abalo na auto-confiança	S2: “tenho muito medo porque ‘tou assim, ‘né?” S9: “agora afasto-me e quando as miúdas aparecem para me falar”	13	8
	Diminuição do interesse do parceiro	S1: “acho que ela não se excita comigo” S10: “no sexo noto que ela não tem paciência”	9	4
	Complicações nas actividades	S19: “não fazemos as mesmas coisas que os outros casais fazem” S21: “agora primeiro que, por exemplo, conseguimos sair de casa nem imagina”	8	4
	Falta de diálogo	S1: “às vezes ‘tou quase a tocar no assunto, mas depois há alguma coisa que me impede” S17: “depois que isto me aconteceu ela nunca mais falou disso e eu também ainda não lhe toquei no assunto	5	3
	Dependência emocional	S4: “estou mais preso à minha namorada agora” S8: “por causa da minha dependência criou-se uma relação”	4	4
	Alteração da vida sexual	S29: “na parte sexual mudou tudo” S30: “a vida sexual tem muita importância e isso não corre bem”	3	3
	Abandono	S23: “tinha um amigo especial e desapareceu um mês depois de isto me acontecer” S35: “A minha mulher deixou-me depois de eu ter ficado assim”	3	2
	Negligência emocional	S5: “com o tempo as coisas têm esfriado mais” S5: “não está tão atencioso”	2	1
	Inconformismo	S3: “na minha cabeça, na minha forma de ver não me conformo com isto”	2	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		S3: “acho que é derivado a isto, não me conformar com isto”		
	Diminuição do desejo	S32: “o desejo diminuiu” S32: “basta o meu desejo já não ser o mesmo, para não estar tão disponível”	2	1
	Culpa	S3: “se puxa pelo assunto eu digo logo que se estou assim é por culpa dela”	2	1
	Mudanças de comportamento	S10: “houve umas alturas mais lá atrás que eu andava chateado, ficava agressivo e ela é que pagava”	1	1
	Aumento da agressividade	S3: “torno-me agressivo nas conversas e coisa que eu não era antes”	1	1
	Alteração da natureza da relação	S8: “Nesses primeiros 3 meses pedi dela mais amizade do que propriamente ser minha namorada”	1	1
	Nervosismo	S27: “quando tive sentia-me muito nervoso cada vez que íamos para a cama”	1	1
			6	6
Alterações do relacionamento sem especificação	Mudanças	S24: “houve coisas que mudaram” S32: “A nossa vida mudou a muitos níveis”	3	3
	Pequenas alterações	S3: “talvez tivesse mudado um pouco” S5: “Eu acho que mudou alguma coisa, assim muito ao de leve, mas mudou”	2	2
	Grandes alterações	S4: “mudou tudo quase, a forma de estar e de ser”	1	1
			7	6
Sem impacto	Sem impacto	S7: “Nenhum” S29: “até ver tem sido superado”	4	3
	Tudo bem	S2: “Para já acho que ‘tá tudo espectacular” S12: “Para já ‘tá tudo a correr bem”	2	2
	Relação normal	S8: “a relação em termos afectivos acho que está normal”	1	1

Em Alterações no relacionamento com impacto positivo 25 indivíduos, em 59 ocasiões, apontaram como aspectos muito positivos no relacionamento o facto de conversarem muito sobre a situação com os parceiros e de darem mais relevância aos pormenores agora do que antes. No geral, o discurso revelou que a relação melhorou, permitindo mais segurança e união entre o casal. Alguns sujeitos disseram, ainda, ter mais tempo agora para o companheiro e apontaram, também, a paciência do outro, o empenho e o amadurecimento da relação. A criação de objectivos futuros e a valorização do prazer do outro, são aspectos, igualmente, descritos como impacto positivo.

Relativamente à categoria conceptual Alterações no relacionamento com impacto negativo, surgem 23 participantes, em 57 situações a referirem-se, na sua maioria, ao abalo na auto-confiança e à percepção de diminuição do interesse do parceiro. As complicações nas actividades de vida diária e lúdicas, a falta de diálogo e a dependência emocional, são igualmente apontadas como alterações de impacto negativo. Outros aspectos negativos focam-se nas mudanças em termos de vida sexual, bem como na diminuição da libido. O abandono do outro e a negligência emocional percebida pelo sujeito, são, igualmente, ocorrências assinaladas. Por fim, alterações do comportamento verificáveis no próprio sujeito, como a atribuição de culpa, o aumento da agressividade e o nervosismo, são factores que contribuem para o surgimento de problemas no relacionamento.

Na categoria Sem impacto, 6 pessoas, em 7 situações, assumiram que a lesão não causou nenhum impacto na relação, permanecendo tudo dentro dos parâmetros normais anteriores.

Na categoria conceptual Alterações do relacionamento sem especificação, em 6 momentos, 6 indivíduos apontaram vagamente mudanças sem especificação.

b) Instabilidade instalada na relação

Nesta categoria central os sujeitos identificaram factores decorrentes do acontecimento, que consideram existir no contexto da relação e que, por si só, poderão ser sintomas de instabilidade entre o casal.

A única categoria conceptual emergente possui a mesma denominação da categoria central, ou seja, Instabilidade instalada na relação. Por 26 circunstâncias, 17 participantes assumiram que o medo do abandono, o afastamento entre o casal, o seu afastamento e as incertezas relativamente à construção de um futuro em conjunto, são aspectos negativos que surgiram no seio do relacionamento como consequência do evento. Outros, ainda, referiram-se à ausência de relação afectiva, pelo que não podem construir discurso relativamente a esta questão.

No Quadro 23 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Instabilidade instalada na relação, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 23

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Instabilidade instalada na relação

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Instabilidade instalada na relação			26	17
	Medo do abandono	S32: “há sempre medos, há sempre um fantasma, o fantasma do abandono” S33: “tenho medo de ser trocado”	16	13
	Afastamento entre o casal	S32: “ajo menos também e isso pode afastar-nos no futuro” S34: “não houve aproximação nenhuma porque eu ainda não quis”	4	3
	Ausência de relação afectiva	S16: “Não tenho neste momento relação afectiva ou amorosa” S17: “tenho... uma amiga... a gente encontrava-se e tal... tínhamos sexo, mas não havia compromisso”	3	2
	Evitamento	S34: “eu evito ‘tar com ela’ S34: “nem quero que ela venha aqui ver-me assim”	2	1
	Incertezas relativas ao futuro a dois	S19: “não sei se o amor que sentimos um pelo outro é suficiente para ela continuar muito tempo ao meu lado, tipo para casarmos ou assim”	1	1

c) Comparação pré-lesão

Nesta categoria central 5 sujeitos, por 8 vezes, expressaram as grandes diferenças entre a forma como se percepcionavam antes do acidente e o momento presente. Referem-se à facilidade e simplicidade da relação anteriormente, bem como ao sentimento de algum saudosismo e nostalgia.

No Quadro 24 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 24

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão.

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			8	5
	As coisas mudaram muito	S32: “já nada é igual ao que era antes do meu acidente”	4	3
	Antes era simples e fácil	S21: “antes era tudo tão simples entre nós”	3	2
	Saudades do antes	S24: “eu sei que sente saudades do antes”	1	1

Questão 4: “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade sexual e como o descreve?”

Desta questão emergiram 6 categorias centrais: a) Vivência do prazer do outro; b) Ausência de auge sexual; c) Comparação pré-lesão; d) Vivência subjectiva do prazer sexual; e) Estimulação de carácter sexual e f) Sem contacto sexual pós-lesão.

a) Vivência do prazer do outro

Da primeira categoria central surge o pressuposto de que os participantes obtêm satisfação através do prazer e bem-estar sexual que percebem dar ao parceiro. A vivência do auge é transposta para aquilo que se lhe afigura como a satisfação plena que conseguem dar ao companheiro, minimizando, assim, o vazio que sentem durante a actividade sexual.

Esta categoria engloba a categoria conceptual Satisfação com o prazer do outro, onde 21 indivíduos, por 65 ocasiões, apontaram os momentos em que percebem estar a contribuir para o prazer sexual do parceiro, quando sentem o desejo manifesto do outro, bem como o momento em que o parceiro atinge o orgasmo, como a melhor descrição para o seu auge sexual.

No Quadro 25 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Vivência do prazer do outro, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 25

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência do prazer do outro

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Satisfação com o prazer do outro			65	21

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Prazer do parceiro	S2: “agora a melhor parte de tudo é mesmo ver que ela tem prazer” S4: “Quando sinto que estou a dar prazer à minha namorada”	58	20
	Desejo do parceiro	S22: “é quando ela quer fazer amor” S22: “é aquele momento é que eu percebo ou ela diz que é para fazermos amor”	4	1
	Orgasmo do parceiro	S7: “quando a mulher atinge o orgasmo” S14: “Não tenho dúvidas nenhuma que é quando ela tem orgasmo”	3	3

b) Ausência de auge sexual

Esta categoria revela que 9 sujeitos, em 10 circunstâncias assumiram não ter qualquer tipo de auge sexual, portanto, não puderam construir qualquer discurso relativamente à sua descrição.

No Quadro 26 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritiva que estiveram na origem da categoria central Ausência de auge sexual, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 26

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Ausência de auge sexual

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sem auge			10	9
	Sem auge	S21: “Não tenho auge” S29: “não tenho auge nenhum”	10	9

c) Comparação pré-lesão

Relativamente a esta categoria central, 8 sujeitos, por 10 ocasiões, revelaram que antes da lesão o auge era melhor e apresentava-se de forma diferente, comparativamente com o momento presente.

No Quadro 27 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 27

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			10	8
	Antes era melhor	S1: “é bom, quando acontece, mas já foi muito melhor”	7	6
	Antes era diferente	S2: “é muito diferente do que era antes”	3	2

d) Vivência subjectiva do clímax sexual

A partir desta categoria central observamos o facto dos participantes terem encontrado uma forma distinta de obtenção de satisfação conducente ao clímax sexual, através de alternativas mais ao nível psíquico do que biofisiológico, vivenciando, assim, esse momento de uma forma subjectiva.

As categorias conceptuais incluídas nesta categoria central são: a) Sensação de bem-estar e b) Carícias.

No Quadro 28 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 28

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sensação de bem-estar			8	6
	Satisfação interior	S35: “Parece que é mais de dentro da cabeça, não sei como lhe dizer isto”	4	2
	Algo de agradável	S32: “é uma coisa agradável que me acontece, mas não é o top”	2	2
	Bem-estar	S7: “quando me "sinto bem"	1	1
	Bom	S10: “é bom”	1	1
Carícias			8	5
	Abraços, beijos, carinhos	S30: “na verdade só sinto calor interior nos abraços e beijos” S32: “os carinhos, abraços, beijinhos, festinhas”	8	5

Na categoria Sensação de bem-estar, 6 participantes, em 8 ocasiões descreveram o auge como uma satisfação interior, algo de agradável que provocava bem-estar, transmitindo subjectivamente na entrevista as sensações decorrentes desse momento.

Na categoria conceptual Carícias, 5 indivíduos, por 8 vezes assinalaram os abraços, os beijos e os carinhos em geral, como uma forma de obtenção de prazer e satisfação que, de certa maneira, os conduz a algo que percebiam como auge sexual.

e) Estimulação de carácter sexual

Relativamente a esta categoria, 4 sujeitos em 7 momentos identificaram o auge de satisfação sexual através da categoria conceptual com o mesmo nome (Estimulação de carácter sexual). Assumiram que a estimulação oral, o coito e o momento da ejaculação, são aspectos que provocam aquilo a que chamam de clímax da actividade sexual.

No Quadro 29 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que originaram a categoria central Estimulação de carácter sexual, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 29

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Estimulação de carácter sexual.

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Estimulação de carácter sexual			7	4
	Estimulação oral	S5: “quando me beija nos mamilos” S6: “estimulação oral do meu peçoço e ouvidos acaba por me dar uma sensação semelhante ao orgasmo”	4	2
	Coito	S11: “juntamente com o acto da penetração”	2	1
	Ejaculação	S35: “o melhor é quando ejaculo, essa é a parte mesmo que eu sinto melhor”	1	1

f) **Sem contacto sexual pós-lesão**

No caso desta questão, 4 sujeitos, em 4 circunstâncias, apontaram o facto de não terem tido ainda qualquer experiência sexual pós-evento traumático, pelo que se viram impossibilitados de construir um discurso que constituísse a resposta.

No Quadro 30 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptual e descritiva que originaram a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 30

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem contacto sexual pós-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sem contacto sexual pós-lesão			4	4
	Sem contacto sexual pós-lesão	S23: “Não sei... ainda não experimentei”	4	4

Questão 5: “Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?”

Da questão 5 surgiram 7 categorias centrais: a) Sentimentos negativos de ordem psicológica; b) Vivência satisfatória da prática sexual; c) Focalização de ordem emocional no parceiro; d) Sentimentos positivos de ordem psicológica; e) Comparação pré-lesão; f) Experiências biofisiológicas negativas e g) Sem contacto sexual pós-lesão.

a) Sentimentos negativos de ordem psicológica

Esta categoria central revelou um conjunto de sentimentos psíquicos que traduzem o mal-estar dos participantes perante a actividade sexual. Na sua generalidade ocorrem no início do acto, prolongando-se até ao término, não surgindo no seu quotidiano como algo de positivo.

As categorias conceptuais englobadas nesta categoria central são: a) Insegurança e medo; b) Acontecimento gerador de ansiedade; c) Sentimentos depressivos; d) Sentimentos de insatisfação; e) Negação; f) Constrangimento; g) Resignação e h) Sentimentos de revolta.

No quadro 31 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que estiveram na origem da categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 31

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Insegurança/medo			22	15
	Medo	S2: “acho que tenho medo”	6	6
	Insegurança em geral	S5: “tudo contribui para a insegurança”	6	4
	Medo de falhar	S26: “tenho medo de falhar”	4	4

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Medo do abandono	S19: “sinto-me receoso de não conseguir dar prazer suficiente à minha namorada para a prender a mim”	2	1
	Medo de algum flagrante	S6: “insegurança em ser apanhado em flagrante pela minha mãe ou avó”	1	1
	Assustado	S8: “assustado”	1	1
	Insegurança pelo desempenho	S4: “insegurança por já não ter o mesmo desempenho”	1	1
	Medo de perdas da bexiga e intestinos	S27: “medo de ter problemas com a urina ou com gases”	1	1
Acontecimento gerador de ansiedade			13	13
	Nervosismo	S6: “sinto-me algo nervoso”	6	6
	Ansiedade	S26: “fico ansioso”	4	3
	Tensão	S25: “não consigo relaxar o suficiente para chegar ao orgasmo”	2	2
	Preocupações	S33: “fico muito preocupado”	1	1
Sentimentos depressivos			19	11
	Tristeza	S5: “vezes confesso que tenho tristeza”	5	5
	Desesperança	S30: “agora já não espero nada”	3	2
	Desânimo	S9: “penso muitas vezes mas o que é que eu estou aqui a fazer?”	3	2
	Infelicidade	S7: “Isso faz com que eu não seja completamente feliz”	2	2
	Mal-estar	S8: “sinto-me mal”	2	2
	Culpa	S8: “sinto-me um bocado culpado”	1	1
	Desmotivação	S12: “aquilo dá sempre tanta trabalhadeira”	1	1
	Diminuição da auto-estima	S8: “entra o abalo da auto-estima”	1	1
	Angústia	S10: “nó na garganta”	1	1
Sentimentos de insatisfação			10	7
	Frustração	S6: “fico frustrado”	5	4
	Vazio	S6: “sinto-me vazio”	2	2
	Algo que está em falta	S7: “falta qualquer coisa”	2	2
	Coisa esquisita	S11: “uma coisa esquisita, mas é só no final”	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Negação			6	3
	Imaginar que não tem lesão	S11: “como se não houvesse lesão”	3	2
	Recorrer às memórias	S32: “usar as minhas próprias vivências como se fossem fantasias que aumentassem a vontade”	3	1
Constrangimento			3	3
	Situação embaraçosa	S4: “um pouco de vergonha”	2	2
	Constrangimento	S3: “fico constrangido”	1	1
Resignação			3	2
	Entrega ao destino	S20: “o destino quis assim”	1	1
	Hábito	S22: “já me vou habituando”	1	1
	Acomodação	S22: “as coisas vão andando assim”	1	1
Sentimentos de revolta			3	2
	Injustiça	S20: “às vezes no fim fico com aquela sensação... que injustiça”	2	1
	Revolta	S3: “Revolta, revolta que ainda ‘tá na cabeça”	1	1

Em Insegurança e medo, 15 sujeitos em 22 momentos assinalaram o receio e a falta de segurança, bem como o medo de falhar no seu desempenho e de serem abandonados pelo parceiro. Foi, ainda, anotado o medo de perdas esfíncterianas durante o acto.

O nervosismo, a ansiedade, a tensão e as preocupações diversas, são sentimentos apontados por 13 participantes em 13 situações, como sendo aspectos que compõem a categoria conceptual Acontecimento gerador de ansiedade.

Na categoria conceptual Sentimentos depressivos, 11 indivíduos, em 19 ocasiões, revelaram sentir humor deprimido, falta de esperança, desalento, infelicidade e mal-estar geral, assim como, culpa, baixa auto-estima e angústia.

Na categoria Sentimentos de insatisfação, 7 pessoas, por 10 vezes, disseram sentirem-se vazios, frustrados e com falta de algo, perante a actividade sexual. Outra expressão anotada descreve esse momento como algo de esquisito.

Três sujeitos, em 6 situações, descrevem o contacto sexual no presente como um momento em que imaginam não ter lesão e recorrem a memórias anteriores para potencializar o desejo. Esta descrição deu origem à categoria Negação.

O Constrangimento, nomeadamente o embaraço, é, também, um estado que 3 sujeitos, por 3 referências, descrevem sentir quando têm presentemente um contacto sexual.

Na categoria conceptual Resignação, 2 participantes, em 3 situações, apontam sentimentos de acomodação à situação, hábito e entrega ao que o destino lhes reservou, como formas de se sentirem perante a actividade sexual.

Por último, surge a categoria Sentimentos de revolta, assumida por 2 indivíduos, em 3 ocasiões, que descrevem sentirem-se injustiçados e revoltados quando têm algum tipo de contacto sexual.

b) Vivência insatisfatória da prática sexual

Relativamente a esta categoria central, 11 participantes declararam 17 vezes que os seus sentimentos perante um contacto sexual são claramente insatisfatórios. Desde a falta de à-vontade, à monotonia, ao facto de tomarem consciência das suas limitações físicas e à impotência que sentem, os sujeitos manifestam-se insatisfeitos sexualmente. Referiram, ainda, que existe falta de paixão, de desejo e de carinho íntimo. Estes factores deram origem à categoria conceptual Insatisfação sexual.

No Quadro 32 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 32

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Insatisfação sexual			17	11
	Falta de à-vontade	S9: “não me sinto à vontade”	3	3
	Monotonia	S1: “sinto-me a fazer uma coisa repetitiva”	3	1
	Consciência do deficit	S11: “penso eh pá tu tens uma lesão medular!”	2	1
	Impotência	S8: “sinto um bocado de impotência”	2	1
	Insatisfeito com a sexualidade	S7: “não estou satisfeito com a minha sexualidade”	2	1
	Sem paixão	S1: “nada de apaixonante”	2	1
	Sem capacidade para ter prazer	S8: “sinto que não lhe consigo dar prazer”	1	1
	Diminuição do desejo	S12: “o desejo não é a mesma coisa”	1	1
	Falta de carinho íntimo	S21: “o carinho mais íntimo com o meu marido faz-me muita falta”	1	1

c) Focalização de ordem emocional no parceiro

Nesta categoria central, os indivíduos transferem para o companheiro os seus sentimentos, comportamentos e atitudes, quer de forma positiva, quer negativa, desvolarizando, portanto, a sua participação activa no momento do contacto sexual.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Focalização positiva no parceiro e b) Focalização negativa no parceiro.

No Quadro 33 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 33

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Focalização positiva no parceiro			16	6
	Empenho no prazer do outro	S26: “tenho sempre uma grande preocupação em satisfazer a parceira”	7	3
	Carinho pelo parceiro	S14: “carinho pela minha namorada”	3	2
	Percepção do desejo do parceiro	S12: “sinto-me bem por ela ter desejo por mim”	2	1
	Segurança no parceiro	S14: “ela dá-me muita segurança”	2	1
	Amor	S14: “É de muito amor”	1	1
	Gratidão	S14: “gratidão”	1	1
Focalização negativa no parceiro			6	4
	Evitar o contacto com o outro	S3: “evito o contacto para não ter que passar por isso”	2	2
	Incrédulo pelo desejo do parceiro	S14: “como é que uma mulher destas está comigo?”	2	1
	Desconfiança dos sentimentos do outro	S9: “nunca sei se estão comigo por quererem estar ou se é por pena”	2	1

Na Focalização positiva no parceiro, 6 participantes em 16 circunstâncias referiram-se ao empenho no prazer do outro, ao carinho que lhe têm, à percepção de ser desejado, à segurança que sentem, ao amor e à gratidão, como aspectos que transmitem sensações de bem-estar aquando do contacto sexual e que colmatam algum aspecto menos positivo que possa surgir.

Por outro lado, na Focalização negativa no parceiro, 4 sujeitos, por 6 vezes, admitem evitar o contacto com o companheiro, não acreditarem no desejo que estes manifestam e, até mesmo, terem desconfiança relativamente ao que o outro possa sentir.

d) Sentimentos positivos de ordem psicológica

Nesta categoria central os sujeitos encontram sensações positivas ao terem um contacto sexual. Apesar de, eventualmente, não acarretar muita satisfação de cariz sexual, os participantes relatam que do ponto de vista psíquico, se sentem bem e experimentam momentos agradáveis.

Esta categoria central inclui as categorias conceptuais: a) Sensação de bem-estar; b) Entusiasmo inicial e c) Sensação de plenitude.

No Quadro 34 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que estiveram na origem da categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 34

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sensação de bem-estar			8	7
	Bem-estar	S20: “sinto-me bem”	3	2
	Sentir coisas boas	S10: “ há coisas boas”	2	2
	Felicidade	S7: “sentimento de felicidade”	2	2
	É bom	S4: “é bom”	1	1
Entusiasmo inicial			6	4
	Entusiasmo inicial	S2: “quando começamos fico todo entusiasmado”	5	4
	Bem-estar inicial	S15: “acho que me sinto bem assim ao início”	1	1
Sensação de plenitude			2	2
	Estar completo	S11: “ser um homem completo”	1	1
	Sensação de poder	S11: “poder”	1	1

Na categoria conceptual Sensação de bem-estar, 7 sujeitos em 8 ocasiões revelaram ter sensações agradáveis e momentos de felicidade aquando do contacto sexual, não descrevendo objectivamente o tipo de sensação e/ou de felicidade a que se referiam.

Na categoria Entusiasmo inicial, 4 indivíduos, por 6 vezes, assumiram sentir-se entusiasmados e sentirem bem-estar logo no início da actividade, não querendo com isso dizer que esses sentimentos se mantivessem durante todo o acto.

Em Sensação de plenitude, 2 participantes em 2 momentos, referiram sentir-se completos e experimentarem uma sensação de poder.

e) Comparação pré-lesão

Relativamente a esta categoria central, 7 sujeitos, por 11 ocasiões, ao compararem as sensações presentes com as anteriores quando tinham contactos sexuais, apontaram as recordações, o facto de antes ser melhor e as saudades de como eram antigamente, para estabelecerem as diferenças do que sentiam antes da lesão e o que sentem presentemente perante um contacto sexual.

No Quadro 35 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e das categorias descritivas que originaram a categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 35

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			11	7
	Recordações	S5: “recordo muitas vezes”	5	3
	Antes era melhor	S28: “não foi nada maravilhoso como era antes”	3	2
	Tudo se mantém como antes	S11: “é como se tudo ‘tivesse como antes”	1	1
	Saudades do antes	S21: “Tenho saudades de como era antes”	2	1

f) Experiências biofisiológicas negativas

Esta categoria conceptual aponta para sintomas de cariz orgânico que se revelam negativos para os sujeitos quando têm um contacto sexual. A categoria conceptual com a mesma denominação (Experiências biofisiológicas negativas) foi referida por 2 sujeitos em 4 circunstâncias, descrevendo que, pela dor e pelo desconforto sentidos, chegaram, inclusive, a evitar a ocasião.

No Quadro 36 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Experiências biofisiológicas negativas, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 36

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Experiências biofisiológicas negativas

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Experiências biofisiológicas negativas			4	2
	Evitamento por desconforto	S2: “quando me ponho a pensar nisso antes até evito”	2	1
	Desconforto	S2: “depois a meio vem aquele desconforto e é terrível”	1	1
	Dor física	S10: às vezes alguma dorzita naquelas zonas em que sou mais sensível”	1	1

g) Sem contacto sexual pós-lesão

Nesta questão específica, 2 sujeitos, em 3 circunstâncias, apontaram o facto de não terem tido, ainda, experiência sexual pós-evento traumático, pelo que se viram impossibilitados de construir um discurso que constituísse qualquer resposta.

No Quadro 37 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritiva que originaram a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 37

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Sem contacto sexual pós-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sem contacto sexual pós-lesão			3	2
	Sem contacto sexual pós-lesão	S16: “Ainda não voltei a ter contacto sexual mas presumo que tudo esteja alterado”	3	2

Questão 6: “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?”

A sexta questão originou as seguintes categorias centrais: a) Percepção do orgasmo; b) Vivência emocional do prazer sexual; c) Diferente com sentimentos de insatisfação; d) Comparação pré-lesão e e) Frequência da satisfação.

a) Percepção do orgasmo

Esta categoria central demonstra que os sujeitos possuem como reconhecimento da sua própria satisfação sexual, o atingimento do clímax, referenciado aqui como *orgasmo*. Esta percepção é transmitida de uma forma objectiva.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Não; b) Sim e c) Talvez.

No Quadro 38 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Percepção do orgasmo, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 38

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Percepção do orgasmo

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Não			34	18
	Não	S9: “Nunca!” S19: “Nunca mais”	34	18
Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sim			7	7
	Sim	S3: “Sim, chega tarde, mas chega” S11: “Já sim”	7	7
Talvez			3	3
	Talvez	S24: “sim, talvez tivesse sido” S27: “Talvez”	3	3

Na categoria Não, 18 sujeitos por 34 situações, negam ter tido orgasmo ou algo que pudessem considerar idêntico a essa experiência, depois da lesão.

Na categoria Sim, 7 indivíduos, por 7 vezes assumiram que depois da lesão já experienciaram o orgasmo e que, aparentemente, tudo se mantém semelhante ao que sentiam antes do evento.

Relativamente à categoria Talvez, 3 participantes, em 3 ocasiões, relataram que provavelmente já terão tido algo que se assemelhasse ao orgasmo, tal como eles o conheciam, embora não consigam estar certos de que o que sentiram se possa chamar de orgasmo.

b) Vivência emocional do prazer sexual

Esta categoria revela a forma como os participantes vivenciam aquilo a que chamam o resultado do prazer sexual, ou seja, a obtenção do orgasmo. Se por um lado, existem indivíduos que descrevem esse momento como algo de positivo e agradável, outros, pelo contrário, identificam-no como um momento com contornos negativos e desagradáveis.

As categorias conceptuais que estiveram na origem desta categoria central são: a) Sentimentos positivos; b) Sentimentos negativos e c) Satisfação com o prazer do outro.

No Quadro 39 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Vivência emocional do prazer sexual, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 39

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência emocional do prazer sexual

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Sentimentos positivos			33	14
	Prazer psíquico	S5: “é uma sensação de prazer mas é mais na cabeça” S35: “parece que sai da cabeça em vez de cá em baixo”	12	9

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Sensações agradáveis	S5: “mas sabe-me muito bem” S30: “Posso ter momentos de bem-estar”	9	6
	Emoções	S2: “a primeira vez que vi que ainda tinha orgasmo até me vieram as lágrimas aos olhos” S7: “um turbilhão de emoções”	5	3
	Felicidade	S2: “fiquei muito feliz e fico sempre quando consigo” S35: “fiquei muito feliz”	2	2
	Esperança	S11: “Fiquei cá com umas esperanças”	1	1
	Sensação de leveza	S35: “levantei voo”	1	1
	Aumento da auto-estima	S35: “senti-me muito menos miserável”	1	1
	Alegria	S35: “a primeira vez que senti até mandei foguetes”	1	1
	Sensações satisfatórias	S6: “Senti-me bastante satisfeito pelo aquilo que estava a sentir ”	1	1
Sentimentos negativos			19	13
	Ausência de sensibilidade	S9: “não tenho sensibilidade nenhuma” S21: “calhar até tenho orgasmo, só que não sinto”	9	7
	Tristeza	S8: “tristeza” S23: “só me apetece chorar”	3	2
	Alívio	S3: “até parece um alívio quando tudo acaba” S25: “Uma sensação de alívio”	2	2
	É o fim	S1: “sei que é o final” S1: “sei que é tempo de parar”	2	1
	Não gosto	S3: “Não gosto do meu orgasmo agora”	1	1
	Ausência de prazer sexual	S30: “não sinto prazer sexual, muito objectivamente”	1	1
	Ausência de prazer físico	S10: “não vem assim pelo corpo todo”	1	1
Satisfação com o prazer do outro			8	7
	Através do prazer do parceiro	S8: “arranjei uma maneira através dela” S19: “o momento em que eu parece que tenho um orgasmo psicológico, uma sensação na cabeça, tipo flash, é mesmo quando a minha namorada tem o orgasmo dela”	8	7

Na categoria conceptual Sentimentos positivos, 14 sujeitos, em 33 situações descrevem as sensações, quando atingem o orgasmo, como sendo agradáveis. Identificam satisfação de ordem psicológica, estados emotivos prazerosos, esperança e aumento da auto-estima.

Por outro lado, a categoria Sentimentos negativos, originada por 13 participantes em 19 momentos, aponta para o facto da ausência de sensibilidade provocar uma clara incapacidade para a obtenção do orgasmo. Deste modo, a tristeza e outros sentimentos negativos estão associados à ausência de prazer sexual.

A categoria Satisfação com o prazer do outro, assinalada por 7 indivíduos, em 8 ocasiões, traduz a forma como algo semelhante ao orgasmo é vivido. Através do prazer que percebem no parceiro, especificamente quando este atinge o orgasmo, é experienciado como se o deles se tratasse.

c) Diferente com sentimentos de insatisfação

Esta categorial central emergiu da categoria conceptual com o mesmo nome (Diferente com sentimentos de insatisfação), e foi assinalada por 13 indivíduos, em 39 ocasiões. Estes participantes identificaram as diferenças de intensidade, de grau e tipo de satisfação, de esforço e de dificuldades de controlo da situação, para ilustrarem a sua descrição aquando da obtenção daquilo que percebem como clímax.

No Quadro 40 apresenta-se a sistematização da categoria conceptual e das categorias descritivas que deram origem à categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 40

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Diferente com sentimentos de insatisfação			39	13
	Diferente	S3: “não tem nada a ver com o que sentia antes” S10: “diferente”	10	7
	Menos intenso	S1: “é tudo mais fraquinho” S6: “(não tanto) ou intenso como um orgasmo”	8	7
	Algo semelhante	S6: “Já tive algo que considero semelhante” S7: “Orgasmo não, semelhante sim”	4	4
	Sensação muito rápida	S4: “por vezes atinjo o orgasmo muito rápido” S10: “passa muito depressa, a sensação”	4	3
	Menor satisfação	S1: “penso sempre que podia ser melhor” S6: “não tanto satisfatório”	3	3
	Menos prazer	S3: “não sinto aquele prazer” S20: “não é bem aquilo, aquelas sensações todas”	3	3
	Requer maior empenho	S1: “(é tudo) muito suado” S10: “só sinto porque é com muita teimosia”	3	2
	Oscilação da sensibilidade	S25: “há momentos em que a sensibilidade é maior e depois parece que diminui” S25: “ora estou a sentir, ora não estou”	2	1
	Frustrante	S1: “fico meio frustrado nos minutos seguintes”	1	1
Falta de controlo do orgasmo	S4: “por vezes ainda não queria terminar”	1	1	

d) Comparação pré-lesão

Nesta questão específica, 7 indivíduos, por 8 vezes, compararam o que sentem presentemente quando atingem o orgasmo, com aquilo que anteriormente experimentavam. As descrições elegem o facto de antes da lesão terem mais prazer e mais sensibilidade.

No Quadro 41 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e das categorias descritivas que deram origem à categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 41

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			8	7
	Antes era melhor	S4: “preferia que fosse como anteriormente” S5: “era tão bom”	7	6
	Antes tinha mais prazer e sensibilidade	S25: “dantes era um prazer contínuo e sentia tudo”	1	1

e) Frequência da satisfação

A frequência da satisfação traduziu o discurso dos sujeitos relativamente às vezes que ocorrem situações que puderam ter sido comparadas à obtenção de orgasmo.

As categorias conceptuais que estiveram na base desta categoria central são: a) Ocasionalmente e b) Frequentemente.

No Quadro 42 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Frequência da satisfação, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 42

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Frequência da satisfação

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Ocasionalmente			3	2
	Ocasionalmente	S11: “infelizmente não é frequente” S11: “é até muito raro”	3	2

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Frequentemente			2	2
	Ocorre com frequência	S1: “Tenho orgasmos com frequência”	1	1
	Ocorre com facilidade	S2: “normalmente chego lá com facilidade”	1	1

Na categoria Ocasionalmente, 2 sujeitos, por 3 vezes, assumiram que a sensação de orgasmo é sentida de uma forma ocasional, não havendo consistência na sua ocorrência.

Relativamente à categoria conceptual Frequentemente, 2 indivíduos, em 2 momentos, reportaram que o orgasmo ocorria com frequência e seria, igualmente, fácil de atingir.

Questão 7: “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?”

Desta questão surgiram 2 categorias centrais: a) Questões de domínio biofisiológico e b) Comparação pré-lesão.

a) Questões de domínio biofisiológico

Relativamente a esta categoria central, o discurso dos participantes foi ao encontro de curiosidades de ordem biológica e fisiológica, que eventualmente gostariam de colocar a outros indivíduos que se encontrassem em condições médicas idênticas. Outros, em minoria, generalizaram e assumiram querer saber acerca de tudo e, pelo contrário, outros ainda, disseram não ter interesse em fazer nenhuma questão.

Esta categoria central emergiu a partir das categorias conceptuais: a) Obtenção da satisfação; b) Ajudas terapêuticas; c) Resposta sexual; d) Surgimento do desejo; e) Nenhuma questão; f) Controlo de esfíncteres; g) Todas as questões; h) Mobilidade e i) Como ter sensibilidade.

No Quadro 43 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Questões de domínio biofisiológico, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 43

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Questões de domínio biofisiológico

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Obtenção da satisfação			45	22
	Como obteve satisfação	S4: “Como é que conseguiu alcançar a total satisfação” S8: “como é que atingimos o prazer”	37	23
	Tipo de satisfação	S4: “será que é uma satisfação adaptada, como passou tudo a ser na nossa vida?” S9: “gostava de perguntar que tipo de satisfação será essa”	4	3

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Grau de satisfação	S5: “eu já falei com outras lesionadas e elas também falam muito dos carinhos” S23: “os beijos e abraços conseguem satisfazer?”	4	2
			20	14
Ajudas terapêuticas	Utilização de medicamentos	S33: “se toma alguma coisa”	17	11
	Consultas	S20: “se há consultas para os casais”	2	1
	Estratégias para relaxar	S25: “o que pensas para te relaxar”	1	1
			6	6
Resposta sexual	Eficácia da erecção	S15: “gostaria de perguntar como é que ele deu a volta às dificuldades de erecção” S22: “a erecção?”	3	3
	Ocorrência de ejaculação	S6: “Ejaculas?” S11: “Se tem ejaculação”	2	2
	Ocorrência de orgasmo	S26: “se têm orgasmo”	1	1
			8	5
Surgimento do desejo	Carácter evolutivo	S20: “se a vontade tem evoluído”	6	5
	Grau de satisfação inicial	S20: “como é que foi ao início”	1	1
	Adaptação do organismo	S25: “demorou muito tempo a adaptar-se o organismo”	1	1
			4	4
Nenhuma questão	Nenhuma	S7: “Nenhuma” S14: “prefiro não perguntar nada para não me baralhar ainda mais”	4	4
			4	4
Controlo de esfíncteres	Uso da sonda	S5: “é mesmo preciso aquilo da sonda?”	2	2
	Acidentes da bexiga e intestinos	S23: “Não tens medo de no contacto sexual acontecerem acidentes a nível urinário ou intestinal?”	2	2
			4	2
Todas as questões	Tudo	S17: “Dependia da lesão, se fosse igual à minha ia massacrá-lo com perguntas” S30: “supondo que era mesmo realidade, iria perguntar tudo”	4	2
			3	2
Mobilidade			3	2

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Posições confortáveis	S6: “Que posições são mais confortáveis?” S24: “quais são as posições mais confortáveis para ambas as partes”	2	2
	Posições viáveis	S6: “Que posições são possíveis de realizar?”	1	1
			2	2
Como ter sensibilidade	Aumentar a sensibilidade	S15: “o que faz para ganhar mais sensibilidade”	1	1
	Se tem sensibilidade	S33: “se sente”	1	1

Na categoria conceptual Obtenção da satisfação, 22 indivíduos, referiram por 45 vezes, que gostariam de colocar questões que versassem temas relativos à forma como a satisfação teria sido obtida, o seu tipo e grau.

A categoria Ajudas terapêuticas, reuniu 14 sujeitos, em 20 momentos, a assumirem que têm curiosidade em saberem se os outros lesionados que experimentam satisfação sexual, utilizam medicamentos para tal, se frequentam consultas para o efeito e se conhecem estratégias de relaxamento para potencializar essa satisfação.

Em Resposta sexual, 7 participantes, em 7 ocasiões, direccionaram as suas perguntas para temas de carácter funcional em termos sexuais, nomeadamente relacionadas com erecção, ejaculação e orgasmo.

O Surgimento do desejo, foi uma categoria apontada por 8 vezes, por 5 pessoas, que disseram gostar de saber se o desejo tem uma componente evolutiva, se se vai manifestando ao longo do tempo e se apresenta diferenças em relação ao início, bem como se o organismo se adapta resolutivamente com o decorrer do tempo da lesão.

Na categoria conceptual Nenhuma questão, 4 sujeitos, em 4 momentos, assumiram não estar interessados em colocar nenhuma questão, pois isso poderia confundi-los.

Relativamente ao Controlo de esfíncteres, 4 indivíduos, em 4 circunstâncias, apontaram questões acerca de potenciais perdas vesicais e utilização de dispositivos de controlo esfinteriano, como assuntos que gostariam de ver esclarecidos.

Em Todas as questões, 2 participantes, em 4 ocasiões, revelaram ter curiosidade por saber de tudo em geral, não objectivando nenhum tema.

Na categoria Mobilidade, em 3 momentos, 2 indivíduos relataram ter necessidade de questionar os outros lesionados acerca de eventuais posicionamentos corporais que se apresentassem como viáveis e confortáveis para a prática da actividade sexual.

Por fim, a categoria Como ter sensibilidade aponta 2 pessoas, por 2 vezes, a referirem-se ao interesse em saber se essas pessoas com satisfação possuem sensibilidade e o que fizeram para a aumentar.

b) Comparação pré-lesão

Nesta questão 5 indivíduos, por 5 vezes, admitem ter curiosidades que visam estabelecer comparações com o que sentiam antes da lesão e com o momento presente, nomeadamente, em termos do tipo e grau de satisfação sexual, bem como informações acerca do desejo.

No Quadro 44 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e das categorias descritivas que deram origem à categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 44

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			5	5
	Se a satisfação é como antes	S1: “se aquilo que ele chama de satisfatório é igual ao que sentia antes.”	4	4
	Se o desejo é como antes	S28: “aquela vontade que se tinha antes”	1	1

Questão 8: “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?”

Da questão 8 as categorias centrais apuradas foram a) Informações médico-terapêuticas e b) Comparação pré-lesão.

a) Informações médico-terapêuticas

Esta categoria central revela que o tipo de questões que os participantes gostariam de colocar à equipa clínica é de ordem médica e, neste sentido, com o propósito da ajuda terapêutica para verem as suas dúvidas relativamente à sua vida sexual esclarecidas, sob o ponto de vista da resposta sexual biológica. A busca de alternativas para potencializar a satisfação de uma forma mais subjectiva, também se encontra presente no discurso.

As categorias conceptuais que estiveram na origem desta categoria central são: a) Técnicas terapêuticas; b) Sensibilidade; c) Evolução da ciência; d) Consequências sexuais da lesão; e) Estratégias a utilizar e f) Procriação medicamente assistida.

No Quadro 45 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que originaram a categoria central Informações médico-terapêuticas, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 45

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Informações médico-terapêuticas

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			31	14
Técnicas terapêuticas	Alternativas à medicação	S12: “Se há mais alguma coisa sem ser aqueles medicamentos que já todos sabemos” S15: “se não há nada para aumentar o prazer sem ser só a pensar na erecção”	8	5
	Aumentar o desejo	S34: “para aumentar a vontade” S16: “se com o tempo a vontade irá surgir”	5	4
	Ejaculação	S6: “Tenho possibilidade de ejacular	4	4

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		com algum tipo de ajuda?” S10: “tomar alguma coisa para demorar menos tempo a chegar lá”		
	Prazeres alternativos	S27: “outras zonas a explorar” S32: “explorar outras áreas que nos dêem mais gozo”	4	2
	Erecção de qualidade	S6: “Que alternativas tenho para uma erecção de qualidade?” S7: “Se há novidades no que diz respeito a manter uma erecção consistente e eficaz para a penetração”	3	3
	Medicação	S18: “o que é que devo tomar ou assim” S23: “algum medicamento”	2	2
	Orgasmo	S26: “o orgasmo, como é que se recupera”	1	1
	Impedir o orgasmo precoce	S4: “Se existe alguma coisa, alguma novidade que impeça o orgasmo precoce”	1	1
	Tipo de lubrificante	S6: “tipo de lubrificante para evitar lesões nas mucosas?”	1	1
	Medicação alternativa	S15: “se não há outros medicamentos diferentes do Viagra e do Cialis”	1	1
	Aumentar a lubrificação	S16: “como é que as mulheres conseguem ter uma lubrificação mais eficaz”	1	1
			14	11
Sensibilidade	Recuperar a sensibilidade	S9: “se volto a sentir o meu pénis” S17: “se vou recuperar a sensibilidade”	10	7
	Diminuir a sensibilidade dolorosa	S2: “O que é que eu faço para diminuir esta sensibilidade toda que me causa tanta dor?” S10: “se era possível acabar com esta sensibilidade a mais em algumas zonas”	2	2
	Aumentar a sensibilidade	S4: “se há forma de aumentar a sensibilidade” S32: “alguma coisa que tente potenciar as sensações vaginais”	2	2
Evolução da ciência			11	9
	Evolução da ciência	S11: “gostava de saber se porventura isto não irá melhorar com o tempo, com os avanços da medicina” S13: “se isto não irá avançar mais a nível de medicação”	8	6
	Cura	S9: “Se há cura para isto”	1	1
	Solução	S25: “há solução?”	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Voltar ao normal	S21: “Alguns dias voltarei a ser como era a nível sexual”	1	1
			10	8
Consequências sexuais da lesão	Informações das consequências da lesão	S8: “saber quais os perigos para a minha saúde... disreflexia” S29: “porque é que há uns que sentem o pénis e têm erecção e eu não tenho nada disso”	6	4
	Esfíncteres	S5: “é mesmo preciso fazer esvaziamento?” S6: “Como posso minimizar acidentes da parte urinária ou intestinal?”	3	3
	Limitações da mobilidade	S6: “Que posições são mais convenientes?”	1	1
			4	4
Estratégias a utilizar	Estratégias para melhorar	S18: “Quero saber como é que posso melhorar” S25: “o que é que eu poderei fazer para tentar melhorar o meu problema”	4	4
			6	3
Procriação Medicamentosa Assistida	Informações sobre paternidade	S1: “gostava de saber o que devo fazer, onde me dirigir” S24: “o que acham de uma parapléica tomar para si a responsabilidade de criar um filho”	5	3
	Desejo de paternidade	S1: “gostava de ser pai”	1	1

Na categoria conceptual Técnicas terapêuticas, verifica-se que 14 indivíduos, em 31 situações relataram querer saber informações acerca de alternativas ao uso da medicação, bem como a utilização desta, formas de possibilitar a ejaculação, a erecção consistente e dúvidas relacionadas com o orgasmo.

Relativamente à categoria conceptual Sensibilidade, 11 indivíduos, por 14 vezes referiram sentir necessidade de esclarecimentos acerca de como recuperar, aumentar ou até diminuir a sensibilidade.

Nove sujeitos, em 11 circunstâncias apontaram questões acerca da Evolução da ciência, nomeadamente, acerca de uma eventual cura para as suas dificuldades.

Em relação à categoria conceptual Consequências sexuais da lesão, 8 indivíduos, em 10 ocasiões, assumiram que gostariam de obter explicações acerca das eventuais consequências que a lesão teve na sua função sexual, bem como ao nível dos esfíncteres e das limitações de mobilidade.

Na penúltima categoria conceptual, por 4 ocasiões, 4 entrevistados, manifestaram vontade de conhecer Estratégias a utilizar para melhorar a sua vida sexual.

Por fim, em relação à categoria conceptual Procriação medicamente assistida, 3 participantes, em 6 momentos, fizeram referência à importância de terem informações acerca do tema.

b) Comparação pré-lesão

Relativamente a esta questão específica, 2 participantes, por 2 vezes, assumiram a vontade de questionar a equipa clínica acerca da possibilidade de poderem voltar a sentir e serem como eram em termos de desempenho sexual antes da lesão.

No Quadro 46 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritiva que originaram a categoria central Comparação pré-lesão, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 46

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Comparação pré-lesão

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Comparação pré-lesão			2	2
	Voltar a ser o que era	S3: “será que vou ficar como era dantes?”	2	2

Questão 9: “Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?”

Desta questão surgiram as categorias centrais a) Informações terapêuticas; b) Monitorização comportamental e emocional e c) Investimento relacional.

a) Informações terapêuticas

Da primeira categoria central apuraram-se conselhos de ordem terapêutica, visando a busca de orientação junto de equipas com capacidades técnicas para tal. Os indivíduos acreditam que será benéfico que outros lesionados procurem informações deste tipo para que possam obter sucesso logo no reinício da sua actividade sexual.

As categorias conceptuais que estiveram na origem desta categoria central são: a) Obtenção de ajuda e b) Controlar os esfíncteres.

No Quadro 47 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Informações terapêuticas, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 47

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Informações terapêuticas

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Obtenção de ajuda			72	33
	Conselhos e orientações de profissionais	S6: “É fundamental falar com os profissionais de saúde da área em quem confias” S35: “falar com alguém dos médicos ou assim para ver se é preciso tomar alguma coisa ou se pode tentar sem tomar nada”	62	32
	Conhecer as consequências da lesão	S1: “informação das consequências a todos os níveis” S4: “soubesse quais são as suas possibilidades mediante o tipo de lesão que tem”	8	7
	Trocar ideias com outros lesionados	S6: “é bom falar com outros lesionados medulares” S23: “é importante falar muito	2	2

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		sobre isso, com colegas”		
			2	2
Controlar os esfínteres	Controlar a bexiga e os intestinos	S6: “é muito importante primeiro ter a parte urinária e intestinal “educada” S27: “o controlo da bexiga e do intestino são duas coisas fundamentais para ficarmos mais confiantes”	2	2

Em Obtenção de ajuda, 33 sujeitos em 72 alturas, revelaram aconselhar os outros lesionados a procurarem colher orientações e aconselhamento junto dos profissionais de saúde que os rodeiam, a procurar informações acerca das possíveis consequências que a lesão medular poder ter na vida sexual, bem como a trocar impressões com outros indivíduos nas mesmas circunstâncias.

Na categoria conceptual Controlar os esfínteres, 2 participantes aconselham por 2 vezes a que os outros lesionados procurem controlar a bexiga e os intestinos, impedindo as perdas, sendo que esta situação é fundamental para dar reiniciar a vida sexual.

b) Monitorização comportamental e emocional

Nesta categoria central os sujeitos apresentaram conselhos, na sua generalidade, de atitude optimista e reflexiva no que concerne às alterações corporais e de desempenho sexual que se podem verificar. Encontra-se na oralidade dos sujeitos algum apelo ao auto-controlo e a uma determinada postura que, eventualmente, será o desejável nesta situação.

As categorias conceptuais que originaram esta categoria central são: a) Desenvolver uma atitude optimista; b) Reaprender uma nova sexualidade; c) Noção das limitações e d) Auto-exploração.

No Quadro 48 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Monitorização comportamental e emocional, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 48

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Monitorização comportamental e emocional

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			22	15
Desenvolver uma atitude optimista	Ter calma	S8: “ter muita calma, ele e o parceiro” S35: “muita paciência”	5	4
	Ser persistente	S4: “ser insistente” S21: “insistir”	4	1
	Ser confiante	S4: “ter confiança” S9: “Que tivesse mais confiança que eu”	3	3
	Perder o medo	S22: “(tentasse) sem medos nenhuns” S32: “Avançar sem receios”	2	2
	Perder a vergonha	S19: “não ter vergonha” S22: “não ter vergonha”	2	2
	Menos egoísta	S33: “ser menos egoísta do que se era antes”	1	1
	Não ter preconceitos	S26: “não ter preconceitos”	1	1
	Ter esperança	S27: “não esmorecer”	1	1
	Não ser negativista	S8: “não pensar que vai correr mal logo de início”	1	1
	Ter fé	S18: “rezar para que as coisas fiquem um bocadinho melhor”	1	1
	Ter força de vontade	S27: “tem que se ter muita força de vontade para ultrapassar os medos”	1	1
	Reaprender uma nova sexualidade			9
Reaprender		S24: “é preciso reaprender algumas coisas”	8	7
Mudar as prioridades		S7: “alterar a ordem das prioridades e sentimentos numa relação”	1	1
Noção das limitações			5	5
	Noção das dificuldades	S3: “aperceber-se das dificuldades que tem” S26: “assumir as limitações”	2	2
	Perceber as mudanças	S3: “ver aquilo que mudou”	1	1
	Aceitar a normalidade dos contratemplos	S24: “os contratemplos são normais”	1	1
	Advertir que não volta ao que era	S18: “avisar logo que já nunca mais vai ser como antes”	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			3	3
Auto-exploração	Explorar sozinho	S30: “experimentar as coisas primeiro para ver como estão” S35: “tem que insistir, se calhar primeiro sozinho para perder os complexos”	3	3

Na primeira categoria conceptual Desenvolver uma atitude optimista, 15 indivíduos, em 22 momentos, apelaram à calma perante a situação, à persistência no desempenho, à confiança e à esperança, entre outras atitudes que compreenda uma postura positivista perante as dificuldades.

Relativamente ao Reaprender uma nova sexualidade, 7 indivíduos, por 9 vezes, referiram optar por dar conselhos que se prendessem com o incentivo à exploração para aprender novas potencialidades de cariz sexual, assim como, considerarem ser benéfico modificar algumas prioridades de actuação no seio da relação, nomeadamente, atentar a detalhes anteriormente negligenciados.

Em Noção das limitações, 5 sujeitos em 5 ocasiões, optaram por escolher conselhos que se visassem a interiorização das restrições e mudanças a que os lesionados ficaram sujeitos e à necessidade de se mentalizarem que não voltarão a ter o mesmo desempenho sexual.

Na categoria conceptual Auto-exploração, 3 participantes aconselharam outros lesionados, por 3 vezes, a explorarem o seu corpo sozinhos antes que o fizessem com alguém.

c) Investimento relacional

A categoria central Investimento relacional mostra que os participantes gostariam de dar sugestões do foro afectivo para a vida do casal para que com isso obtivessem benefícios em termos sexuais. Direcção para a atenção para o companheiro e conquistar o seu apoio, poderá, assim, ser um modo compensatório, que atenua a frustração e os sentimentos negativos que poderão advir da condição.

Esta categoria central teve como base as categorias conceptuais: a) Apoio do parceiro e b) Investir no prazer do outro.

No Quadro 49 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Investimento relacional, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 49

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Investimento relacional

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Apoio do parceiro			18	12
	Explorar	S11: “experimentarem” S13: “tentar várias opções”	10	8
	Dialogar com o parceiro	S2: “devia falar muito com a namorada” S12: “falar muito com a mulher”	5	5
	Ter intimidade com o parceiro	S33: “ter um grande grau de intimidade com a pessoa com quem se está sexualmente”	1	1
	Haver muito amor entre o casal	S21: “é preciso haver muito amor para ultrapassar isto tudo e mais ainda as questões do sexo”	1	1
	Auxílio do parceiro	S22: “aproveitasse a ajuda da mulher”	1	1
Investir no prazer do outro			2	1
	Focalizar-se no prazer do outro	S8: “Tentar focar-se no prazer da outra pessoa”	2	1

No que concerne à categoria Apoio do parceiro, verificou-se que 12 pessoas em 18 situações, declararam optar por dar conselhos que visassem a partilha de explorações do corpo, o diálogo acerca da temática, a intimidade, a ajuda e a união afectiva.

A categoria Investir no prazer do outro, 1 sujeito, em 2 situações, apontou ser importante que os lesionados medulares se focalizassem no prazer do parceiro para obter a sua própria satisfação.

Após a apresentação dos resultados do Momento II, importa discuti-los com o intuito de clarificar as ideias subjacentes ao discurso dos participantes. É disso que falaremos no ponto seguinte.

4.3. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados do Momento II procurou estabelecer um ponto de ligação comparativa com a literatura existente sobre o tema, apesar das dificuldades encontradas na sua pesquisa e que, mais tarde, teremos oportunidade de comentar em espaço próprio.

Questão 1: “O que entende por sexualidade?”

A primeira questão surgiu da necessidade de averiguar qual seria o conceito de sexualidade na visão destes sujeitos. Procurou-se saber se entendiam a sexualidade no âmbito da função sexual, ou seja, o exercício da actividade sexual, ou por outro lado, se a percepcionavam como um conceito abrangente, englobando diversos aspectos da identidade do indivíduo.

As categorias centrais resultantes desta questão foram: a) Interacções emocionais e afectivas; b) Predomínio da actividade sexual; c) Inerente à natureza humana e d) Realização pessoal.

a) Interacções emocionais e afectivas

Relativamente à categoria Interacções emocionais e afectivas, o discurso dos sujeitos conceptualizou a expressão de sentimentos e emoções, como sendo um dos aspectos da sexualidade, conforme a vêem.

(...) tem a ver não só com o físico, mas também com as emoções. [S16]

Sendo o apego uma das características utilizadas para estabelecer laços intra-pares, este é mantido através da manifestação de emoções e edificado tanto sobre níveis individuais, como sociais. Para além disso, constitui-se de significados simbólicos e concretos, que o unem a outras dimensões humanas (WAS, 2000).

Acerca deste ponto de vista, a Organização Mundial de Saúde (1996) refere:

A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental. (citado em Vaz, 2003, p.18)

Ainda que tivessem referido que a sexualidade é a expressividade de sentimentos e emoções, importa salientar que em algumas ocasiões, o discurso dos entrevistados tendeu a direccionar esta expressividade para uma componente algo sexual, ou seja, os sentimentos e as emoções envolvidas continham, no seu significado, um objectivo que poderia ser percebido como sexual.

(...) não é só quando se chega à noite andar atrás para tentar coisas... tem que se fazer durante todo o dia para depois haver vontade. [S20]

Outro dos aspectos assinalados pelos participantes foi o facto de considerarem a sexualidade como uma situação de intimidade e privacidade, quer individualmente, quer entre o casal.

(...) Para mim é tudo o que se relaciona com a intimidade do casal. [S14]

(...) até com a própria pessoa sozinha. [S14]

Nas sociedades modernas a vida sexual é tida como um aspecto íntimo e, regra geral, é consumada em privado, correspondendo a um momento privilegiado de intimidade. Assim, resultado de diversas transformações da sociedade, assiste-se a uma sobrevalorização da intimidade, quer do próprio sujeito em relação à sua sexualidade, quer relativamente à sexualidade do casal e à sua privacidade (Lourenço, 2002). Já M. Gomes (2003) assegura que à luz de uma perspectiva psicológica, a intimidade encontra-se ligada ao relacionamento conjugal e do próprio sujeito. No entanto, Calegari (2004) refuta que, não obstante a intimidade física ser um estímulo forte para o relacionamento, esta não gera vínculos, nem se apresenta como um factor de ajuda para manter a relação sólida se não houver intimidade emocional.

Na última categoria conceptual, Distinção entre sexo e sexualidade, alguns participantes revelaram entender que a sexualidade não se resume apenas à prática da actividade se-

xual, mas sim, encerra nela a possibilidade do sujeito ir para além do foco do prazer genital, como demonstra este exemplo:

(...) sexualidade... na minha interpretação é muito mais do que ter sexo. [S30]

Relativamente a este aspecto, a WAS (2000) refere que comumente existem dificuldades em distinguir entre sexo e sexualidade. O sexo pode significar um acto, ou o género do sujeito, sendo o somatório das características biológicas que define o espectro humano como feminino e masculino. Por outro lado, a sexualidade refere-se a uma dimensão essencial do ser humano, que inclui a identidade do género, o ser-se sexual, o erotismo, o envolvimento emocional e amoroso e a reprodução.

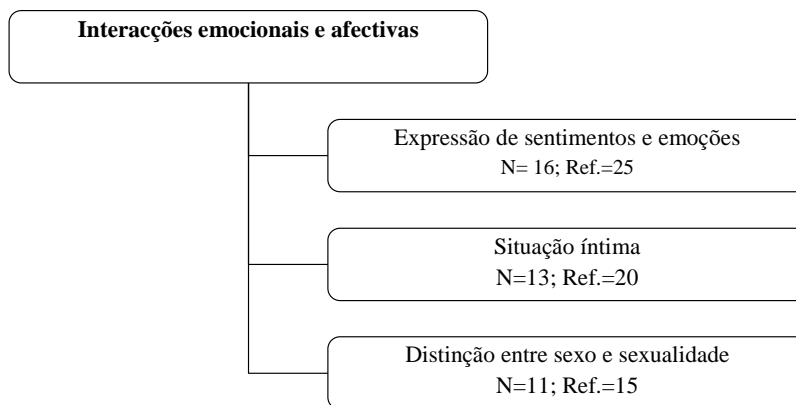
Lourenço (2002) relata que o significado profundo de Sexualidade não se limita a uma fracção particular do corpo, nomeadamente, aos genitais, nem se resume unicamente às condutas sexuais. Para além disso, é experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, actividades, papéis e relacionamentos. A sexualidade é, assim, um resultado da interacção de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais, éticos e religiosos e embora possa incluir todos estes aspectos, não se torna obrigatório experimentá-los e expressá-los (WAS, 2000; Stien, 2008).

Não obstante o facto de nos estudos de Marques (2008) a sexualidade ser, frequentemente, confundida pelos sujeitos, com actividade sexual de coito, para esta autora é claro que a sexualidade representa um produto social e histórico, que responde a condicionamentos sociais, tornando-se plural, dinâmica e mutável. Por sua vez, o sexo é uma acção social que contém normas de procedimento, nomeadamente, campos, períodos, acções, modos e atitudes.

Em resumo, no Esquema 1 representam-se hierarquicamente as categorias conceptuais que originaram a categoria central Interacções emocionais e afectivas:

Esquema 1

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Interacções emocionais e afectivas



b) Predomínio da actividade sexual

Nesta categoria, os sujeitos relataram, em primeiro lugar, que a sexualidade se traduzia por uma actividade sexual independentemente da afectividade.

(...) acto sexual entre um homem e uma mulher. [S5]

Na realidade a sexualidade humana, como um conceito, comporta algumas definições abstractas, influenciada particularmente, por questões de ordem socioculturais e históricas. Ora, nesta óptica, a componente erótica e a busca da actividade sexual, são as mais evidentes, acontecendo diversas vezes sem a componente afectiva e emocional estar presente (WAS, 2000).

Quando se trata de actividade sexual em que os sujeitos consideram que os afectos fazem parte intrínseca da relação, o vulgo *fazer amor*, o desejo de contacto, a intimidade, a expressão emocional, o prazer, o carinho e o amor, são descritos como aspectos prazerosos que, para além de assumirem o papel da satisfação de necessidades humanas básicas, trazem, igualmente, algo de positivo a estes sujeitos.

(...) é uma coisa maravilhosa. [S10]

Em relação à categoria conceptual apontada em terceiro plano, uma das dimensões do relacionamento, os entrevistados conotam a sexualidade como uma componente indissociável das relações amorosas.

(...) faz parte de uma relação ter sexualidade. [S12]

(...) aquilo que temos com as nossas mulheres. [S18]

Apesar de historicamente o romance e o erotismo serem mantidos fora do casamento (estes aspectos terminavam quando se dava a união institucional), as relações sexuais nunca abandonavam o enlace, ainda que o amor romântico já não ligasse o casal (Torres, 2004). Na sociedade moderna assiste-se a modificações que assentam na atracção pessoal, no desejo sexual, na confiança mútua e na compatibilidade, como razões de escolha para um suposto relacionamento sólido (Marques, 2008). Esta autora, refere ainda, que a sexualidade é algo que é valorizado na relação a dois, que a estreita e a torna mais intensa.

(...) a sexualidade acontece entre as pessoas que estão juntas. [S35]

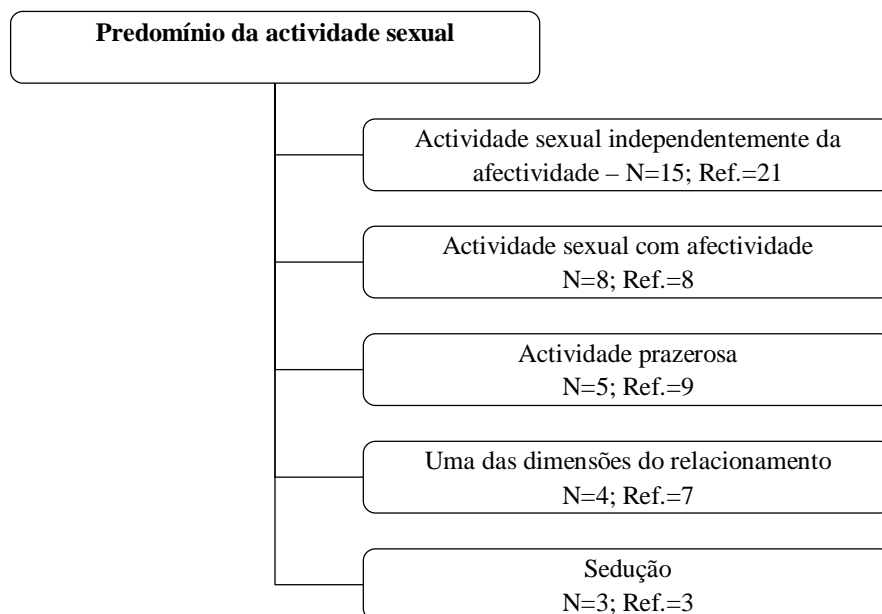
Por fim, a categoria conceptual sedução revelou que os sujeitos, embora em minoria, se referissem ao jogo de sedução para conceptualizar a sexualidade. Efectivamente, a sedução, ao longo da história das culturas, funcionou como um instrumento de conquista, com o objectivo final de encetar relacionamentos de cariz sexual.

(...) apreciar as miúdas, fazer charme. [S9]

No Esquema 2 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Predomínio da actividade sexual.

Esquema 2

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Predomínio da actividade sexual



c) Inerente à natureza humana

Na categoria central inerente à natureza humana, os sujeitos retratam a sexualidade, em primeiro lugar, como sendo uma característica do indivíduo, argumentando que faz parte de todos os seres humanos e apresenta-se como um comportamento natural e comum a todos.

(...) cada um de nós tem a sua sexualidade. [S2]

(...) acho que também a ver com a própria personalidade de cada um. [S24]

Neste sentido, Abdo (2000) chama a atenção para o facto de a sexualidade ser um dos principais pólos estruturantes da identidade e da personalidade dos sujeitos, constituindo-se portanto, num determinante biológico. Quartilho (2003) refuta as ideias de atribuição puramente biológica, comentando este tipo de discurso acerca da sexualidade como um dos factores que contribuem para a medicalização da vida sexual dos sujeitos, conferindo-lhes uma análise reducionista perante as variáveis sociais.

Numa análise holística, os entrevistados sugerem, também, que a sexualidade, é em si própria, a globalidade do ser humano, indo uma vez mais ao encontro de um discurso biológico, embora já incluam outro tipo de condicionantes quando a apontam como *um conjunto de coisas*.

(...) é o global do ser humano. [S16]

(...) a sexualidade é um conjunto de coisas. [S27]

Relativamente à categoria conceptual sexualidade como característica evolutiva, os participantes relataram entender a sexualidade como um aspecto que acompanha o desenvolvimento do ser humano.

(...) acho que isso também evolui connosco. [S15]

No concerne a esta percepção, Abdo (2000) concorda, dizendo que a actividade sexual surge durante a vida intra-uterina e durante todo o desenvolvimento humano, sendo modelada a cada nova etapa vital por elementos intrínsecos e extrínsecos à pessoa.

Por fim, a vida sexual aparece como sendo o conceito de sexualidade tal como é percebido por uma minoria de entrevistados. Estes sujeitos atribuem à expressão sexualidade a componente sexual, como actividade e comportamento.

(...) quer dizer a vida sexual numa pessoa. [S15]

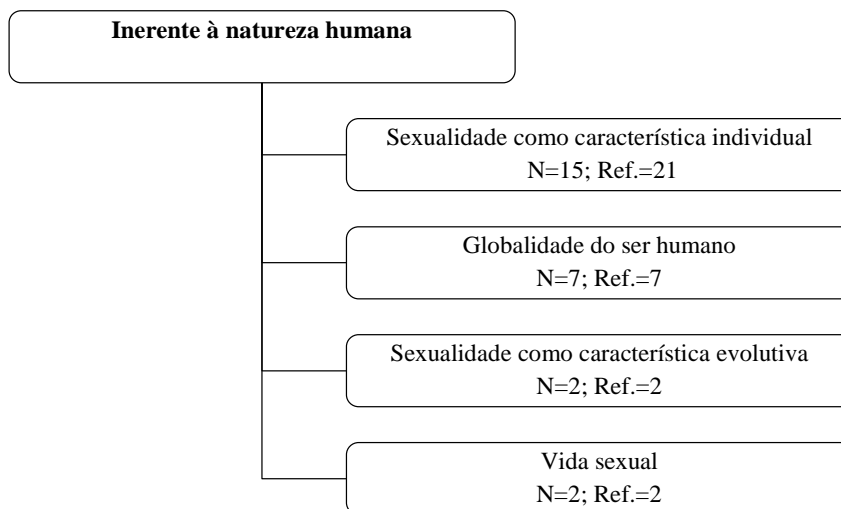
(...) é também a orientação sexual da pessoa. [S21]

Neste âmbito poder-se-ia retroceder à questão da distinção entre sexo e sexualidade, no entanto esta expressão encontra-se ligada, também, à orientação sexual dos indivíduos. Cardoso (2003) relembra que o conceito de vida sexual, tido como a actividade em si, não se encerra na dimensão funcional da prática, mas sim na sua interacção com factores psicossociais como, por exemplo, as emoções, constituem a essência da sexualidade.

No Esquema 3 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Inerente à natureza humana.

Esquema 3

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Inerente à natureza humana



d) Realização pessoal

Agostini (2008) aponta a necessidade da integração da sexualidade para a realização humana, dado que esta se expressa de forma decisiva para a estabilidade dos sujeitos, enquanto seres humanos, para além de conter a capacidade de potencializar as pessoas e participar na criação do substrato humano para o bem-estar. Efectivamente, diversos entrevistados relataram que a sexualidade é vital na forma como vivenciam aspectos relacionados com o bem-estar e o equilíbrio, atribuindo-lhe a responsabilidade de promover o estado de plenitude.

(...) é também o sentirmos bem com nós próprios. [S25]

(...) é o pleno, é o completo do ser humano. [S11]

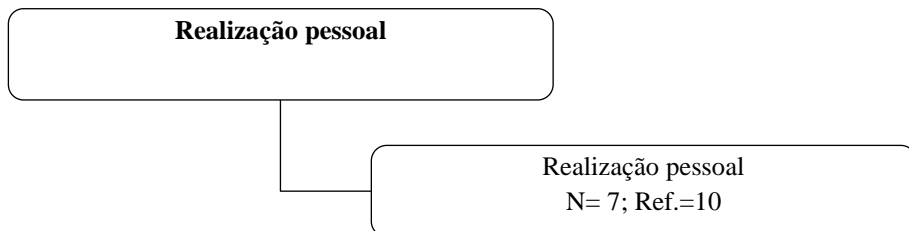
(...) vital para este se sentir realizado. [S6]

(...) é também o sentirmos bem com nós próprios. [S25]

No Esquema 4 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Realização pessoal.

Esquema 4

Categoria conceptual que originou a categoria central Realização pessoal.



Questão 2: “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”

À lesão medular são atribuídos diversos danos para o indivíduo e para quem o rodeia, nomeadamente, em termos sexuais (Fisher et al., 2002). A segunda questão teve como objectivo conhecer as consequências de ordem sexual que a lesão terá acarretado para estes sujeitos, quer em termos fisiológicos, quer psíquicos. No geral, procurou-se saber que influências o evento proporcionou na construção da presente identidade sexual do sujeito.

Nesta questão, as categorias centrais apuradas para a questão 2 foram: a) Modificações de cariz anatomo-fisiológico; b) Consequências diárias do *life-event* traumático; c) Comparação pré-lesão; d) Efeitos psicológicos da lesão; e) Alternativas compensatórias para a obtenção da satisfação; f) Sem actividade sexual pós-lesão.

a) Modificações de cariz anatomo-fisiológico

Nesta categoria central, os entrevistados apontaram alterações negativas da sensibilidade como o maior efeito negativo que a lesão trouxe, seguido por dificuldades marcadas no desempenho sexual, bem como, diminuição do desejo sexual.

(...) deixei de poder sentir cerca de 70% do meu corpo, incluindo a zona genital. [S6].

(...) a temperatura... ‘tar lá dentro ou ‘tar cá fora é simplesmente igual. [S3]

Alguns autores referem-se a estes aspectos como um manifesto impedimento para viver uma vida sexual satisfatória, do ponto de vista funcional (Higgins, 1979; Reitz et al., 2004; Stien, 2008). No caso dos homens, a diminuição ou ausência total de sensibilidade na zona genital, retira a capacidade de obter uma erecção de qualidade e consistência que permita o coito, a não ser com recurso a ajudas terapêuticas. Por sua vez, no caso das mulheres, a sensação de penetração e, conseqüente obtenção de prazer sexual na área genital, revela-se impossível perante a ausência de sensibilidade, argumentos justificativos para a diminuição do desejo sexual (Deforge et al., 2004).

(...) não sei se estou a ser penetrada ou não. [S30]

Em relação às alterações negativas do desempenho sexual mencionadas pelos entrevistados, estas versavam, especialmente, a ausência de orgasmo e dificuldade na sua obtenção, que de acordo com Stien (2008) estará mais directamente ligada a problemas de origem psicológica do que física, bem como a dificuldades ou total incapacidade para obter erecção consistente.

(...) nunca mais tive orgasmo nem nada. [S21]

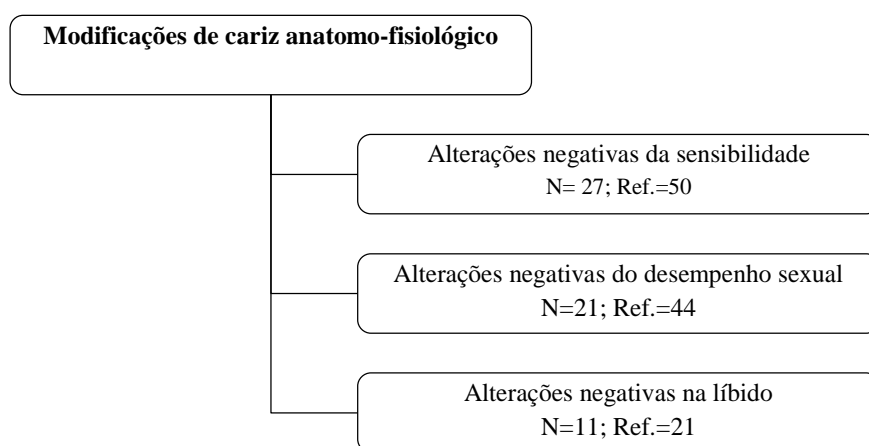
(...) consigo ter uma erecção... às vezes uns 10 minutos, outras vezes um quarto de hora... mas dificilmente um quarto de hora, dificilmente. [S13]

M. Alexander e Rosen (2008) referem que as avaliações de laboratório recentes, baseadas em respostas orgásticas de mulheres e homens com diferentes níveis e graus de lesão assumem distintos padrões na capacidade de atingir o orgasmo, isto é, a capacidade de obter orgasmo e de o sentir como tal, é mediada pelo tipo e nível de lesão medular. O mesmo se passa com a qualidade da erecção (Deforge et al., 2004).

No Esquema 5 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Modificações de cariz anatomo-fisiológico.

Esquema 5

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Modificações de cariz anatomo-fisiológico



b) Consequências diárias do life-event traumático

As limitações físicas podem apresentar-se como uma consequência negativa na vida sexual dos sujeitos, como sugerem alguns autores. Mendes et al. (2008) dizem existir diversas mudanças na vida dos sujeitos com lesão medular, nomeadamente ao nível da actividade sexual e que estas mudanças resultam da dificuldade em manter uma vida sexual semelhante à anterior à lesão, relacionada com impedimentos físicos.

Os entrevistados deste estudo narraram, para além das limitações físicas decorrentes da lesão, alterações de vida sem especificação, com efeitos devastadores e actividade sexual rotineira.

(...) eu nem um abraço em condições consigo dar. [S31]

(...) a minha mulher se quiser ser abraçada por mim, tem que ser ela a pôr os meus braços à volta dela. [S31]

(...) se eu quiser estimular-me a mim próprio, não consigo. [S3]

(...) 'tou dependente, não me posso mexer como dantes e isso faz com que já não seja igual. [S18]

Para Murta e Guimarães (2007) torna-se necessário fazer uma aprendizagem em relação ao corpo modificado e ao enredo desta mudança no próprio repertório atitudinal e daqueles com quem o indivíduo se relaciona, sob pena de se percepcionarem modificações na vida que poderão dificultar a adaptação à nova condição. De facto, os sujeitos questionam as limitações, e sobretudo, como se readaptarem:

(...) como é que eu agora poderia fazer isso? [S23]

Venturini, Decésaro e Marcon (2007) assinalam o facto de a lesão medular acometer fisicamente o corpo e de forma repentina confina e invalida o uso e o controle das funções orgânicas.

(...) senti transformações imensas, sim. [S30]

(...) são aquelas confusões todas dos esvaziamentos e o medo de me sentir mal. [S33]

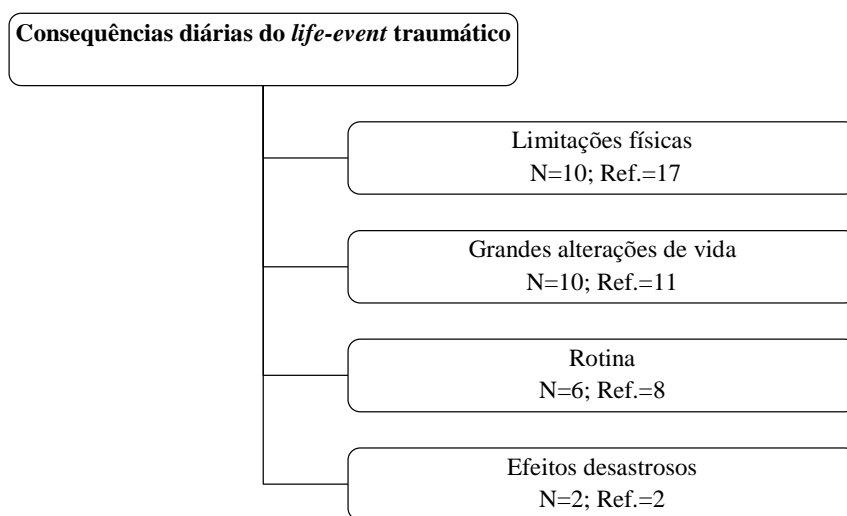
As perdas da condição saudável anterior, de papéis representados e das responsabilidades anteriormente desempenhadas, provocam transformações nos hábitos e no estilo de vida destes indivíduos e exige que o mesmo atribua novos significados à sua existência (Pereira & Araujo, 2006). Essa exigência revela-se através da esperança que o sujeito se adapte às limitações físicas e às novas condições de vida, nomeadamente, em termos sexuais (Venturini et al., 2007).

(...) transformou a minha vida sexual por completo. [S15]

No Esquema 6 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Consequências diárias do *life-event* traumático.

Esquema 6

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Consequências diárias do *life-event* traumático.



c) Comparação pré-lesão

Relativamente ao domínio comparativo encontrado transversalmente ao longo desta investigação, Lima (2007) chama a atenção para o discurso que estes sujeitos constroem, com frequência, após um evento desta natureza. Segundo a autora, os indivíduos, mediante o evento, reconstróem-se num universo a partir da intersecção de outros dois universos, o normal e o deficiente. Este universo reconstruído, transporta nas memórias

discursivas, as cenas corporais experimentadas antes e depois da lesão, sendo, então, no corpo que o sujeito se inscreve e se organiza como estranho a si mesmo.

(...) tinha muito prazer em conhecer miúdas novas porque estava seguro da minha vida sexual. [S9]

(...) quando estou na prática lembro-me sempre como era dantes e fico meio triste. [S32]

(...) não sou nem de perto nem de longe o que era. [S7]

(...) eu e o meu marido tínhamos uma vida sexual bastante activa. [S21]

(...) antes tinha muita confiança em mim mesmo e agora acho que já não valho nada. [S19]

(...) todas as vezes... eh... todinhas... sempre que temos... fazemos amor... eu lembro-me de como era antes. [21]

Ao longo deste estudo, um número significativo de participantes, apresentou uma tendência para estabelecer comparações entre um “Eu-prévio” (antes da ocorrência da lesão) e um “Eu-pós” (após a ocorrência da lesão). Este processo comparativo revelou-se visível em *continuum*, isto é, os sujeitos apresentaram, nos seus discursos, dificuldades em proceder à ruptura entre o “Eu-prévio” e o “Eu-pós”, impedindo, assim, o desenvolvimento de uma nova identidade individual.

(...) é como se tudo tivesse como antes... como se não houvesse lesão e eu tivesse tudo em ordem. [S11]

Yoshida (1993) explica essa reconstrução de uma nova identidade através da utilização de uma metáfora, um pêndulo. Este pêndulo foi usado por esta autora, nos seus estudos qualitativos, para descrever o processo dinâmico da identidade em reconstrução. O balanço cadenciado do pêndulo, demonstra, metaforicamente, como os sujeitos se moviam para trás e para diante, entre o seu Eu com deficiência e o seu Eu sem deficiência, evidenciando os aspectos mais positivos e tendendo a mistificar os seus comportamentos e capacidades no “Eu-prévio”.

(...) se eu imaginasse que ia namorar ou sair com aquela miúda, não descansava enquanto não conseguia, e normalmente conseguia sempre. [S27]

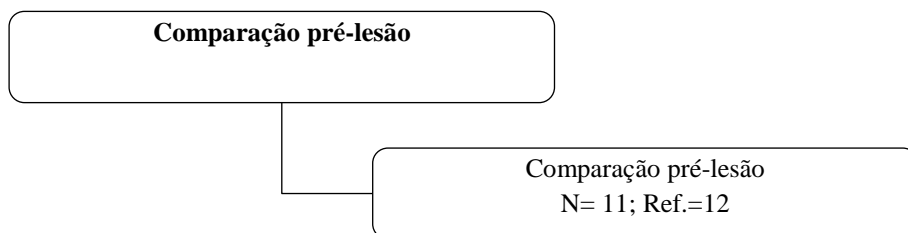
(...) os jogadores de futebol... sabe como é que é... as miúdas. [S25]

(...) nunca tive grande dificuldade em ‘tar com quem eu quisesse. [S25]

No Esquema 7 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão.

Esquema 7

Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão



d) Efeitos psicológicos da lesão

Neste domínio, o discurso dos entrevistados direcciona-se para as questões da diminuição da auto-confiança e de danos na auto-imagem. Neste sentido, Vaz Serra (1988a) salienta que o papel da auto-imagem é fundamental para o auto-conceito e para aquilo que desejamos que os outros pensem de nós.

(...) torna-se muitas vezes difícil sentir-me uma pessoa atraente para mim e para os outros. [S6]

Denotou-se, ainda, alguma actividade comparativa com o “Eu-prévio” e o “Eu-pós”, quando se reportavam ao que sentiam neste momento como consequências da lesão, revelando algum abalo na auto-confiança.

(...) já não sou nada engatado como era, agora sou muito quietinho. [S1]

(...) Nunca mais me vou sentir à vontade com ninguém. [S9]

Outro dos efeitos psicológicos da lesão, a ansiedade é apontada pelos sujeitos, como um eventual impeditivo para o desempenho sexual razoável.

(...) acho que aquilo às vezes nem funcionava só pela ansiedade de querer fazer. [S13]

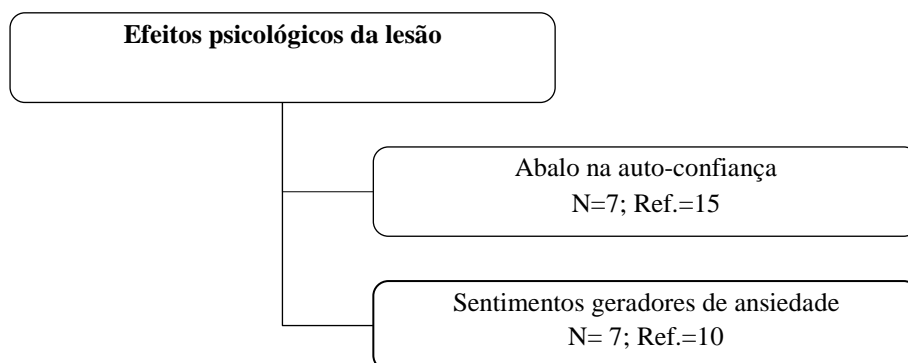
(...) acho que se a gente estiver psicologicamente e um bocado concentrado, sem muita ansiedade, acho que as coisas funcionam melhor. [S13]

Kennedy e Rogers (2000) revelam que a lesão medular é um evento gerador de ansiedade, sendo uma das expectáveis complicações associadas à patologia e os níveis encontrados nestes sujeitos são mais elevados do que na população em geral (Richards et al., 2006). Fecho, Pacheco, Kaihimi e V. Alves (2009) afirmam, ainda, que, apesar de ser difícil traçar um perfil dos doentes com lesão medular, é muito comum encontrar manifestações e comportamentos de agressividade, insegurança, raiva, medo, esperança, desespero, impulsividade, ambivalência, ansiedade e sentimentos de inferioridade.

No Esquema 8 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Efeitos psicológicos da lesão.

Esquema 8

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Efeitos psicológicos da lesão



e) Alternativas compensatórias para obtenção da satisfação

Spizzirri e Abdo (2010) referem que estes sujeitos, quando inquiridos acerca das consequências da lesão medular, assinalam que o trauma teve grandes implicações negativas no seu desempenho sexual. Nos homens, as principais alterações são encontradas ao nível da capacidade de obtenção de uma erecção de qualidade e na ejaculação, pelo que recorrem, com frequência à ajuda da medicação; por outro lado, as mulheres sentem necessidade de usar cremes lubrificantes, pela diminuição da lubrificação vaginal (Raghav, 2009).

O discurso dos participantes vai ao encontro do encontrado na bibliografia, quando questionados acerca das complicações advindas da lesão:

(...) agora tenho que usar um creme que antes não precisava. [S28]

(...) tenho que sempre pôr o creme porque podem acontecer feridas e eu não saber. [S30]

(...) todos os dias tomo o Cialis... todos os dias. [S13]

Outra questão apontada neste domínio é o relevo que estes indivíduos passaram, após a lesão, a dar aos preliminares, eventualmente para colmatarem condições negativas e assim, encontrarem instrumentos de prazer compensatórios.

(...) passei a dar mais atenção a outros detalhes da relação sexual que não dava antes. [S14]

(...) invisto mais tempo nos preliminares do que antes. [S14]

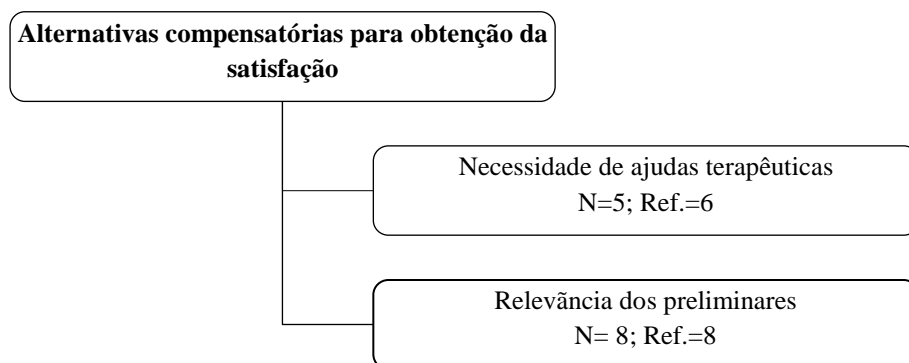
(...) gosto muito dos beijos, dos abraços, das carícias do meu marido, sinto isso tudo. [S5]

Ducharme (1989) revela que estes doentes procuram reajustar-se às suas novas capacidades, numa tentativa de minorar o impacto, readquirindo novas formas de comunicar sexualmente, nomeadamente, através de técnicas de romance e de intimidade, que se possam mostrar eficazes para melhorar a comunicação sexual.

No Esquema 9 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Alternativas compensatórias para obtenção da satisfação.

Esquema 9

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Alternativas compensatórias para obtenção da satisfação



f) Sem actividade sexual pós-lesão

Tal como foi referido anteriormente, na apresentação dos resultados, neste âmbito, os sujeitos sentiram-se incapacitados de responder à questão colocada, dado não terem experimentado contacto sexual após o evento. No entanto, assinalam-se dois discursos que solicitam reflexão:

(...) ainda não voltei a ter contacto sexual mas presumo que tudo esteja alterado. [S16]

(...) ainda não experimentei nada com ninguém e também sozinho não dá por causa dos movimentos dos braços. [S17]

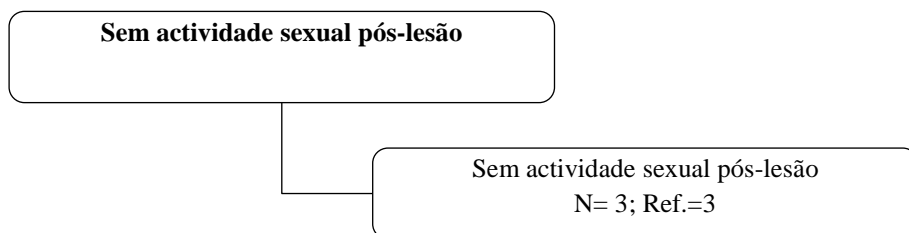
No caso do Sujeito 16, existe a percepção das alterações. Neste campo, Ostrander (2009) aponta para o primeiro período após lesão, em que o sujeito percebe a diminuição ou total ausência de sensibilidade, especificamente ao nível genital, e começa a partir daí, a construir um panorama de possibilidades em que as alterações ao nível sexual, são consideradas.

M. Alexander e C. Alexander (2007) referem que a masturbação, nestes doentes, pode ser benéfica e prazerosa, ajudando a explorar as limitações aquando da lesão. Porém, em relação ao Sujeito 14, os impedimentos motores são a razão para não ter experimentado, através da auto-estimulação, qualquer tipo de prática sexual.

No Esquema 10 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Sem actividade sexual pós-lesão.

Esquema 10

Categoria conceptual que originou a categoria central Sem actividade sexual pós-lesão



Questão 3: “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”

Kreuter (2000) chama a atenção para achados que confirmam que a qualidade do relacionamento amoroso dos indivíduos com lesão medular é uma variável positiva e um factor determinante para uma reabilitação holística favorável. A questão 3 procurou avaliar o impacto do evento na dinâmica da relação e analisar as eventuais consequências.

Esta questão deu origem às categorias centrais a) Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva; b) Instabilidade instalada na relação e c) comparação pré-lesão.

a) Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva

Nesta categoria, a grande maioria dos indivíduos assumiu que, decorrente da lesão, ocorreram transformações na relação afectiva. Quer seja de impacto positivo, quer seja de impacto negativo, os sujeitos identificam diversas ocorrências que obrigaram à reformulação do relacionamento. Outros, referiram-se a alterações gerais, sem especificarem a natureza dessas mudanças e, uma minoria, revelou que a relação se mantém normal, sem qualquer tipo de impacto.

Nas alterações positivas, entre outras coisas, os participantes identificaram a troca de impressões sobre a nova condição, como um aspecto importante.

(...) falamos sobre coisas que se calhar antes não falávamos. [S8]

(...) Eu e a minha mulher conversamos muito sobre tudo isto. [S31]

Beauregard e Noreau (2010) revelam que os parceiros dos lesionados medulares tendem a remodelar os papéis e a aceitar a comunicação aberta e participativa acerca de questões do foro sexual. Reforçando esta ideia, Ostrander (2009), sublinha que estes casais buscam ter conversas sobre como o prejuízo da lesão poderá afectar o relacionamento, dado que se tornou um novo aspecto da união e poderá desafiá-la de forma imprevisível.

(...) falo com ele muitas vezes sobre se ele não queria ter outra vida. [S21]

Outro dos aspectos considerado pelos entrevistados que promoveu alterações positivas foi a importância que começaram a dar a determinados pormenores que anteriormente eram negligenciados, o que poderá estar na base da percebida melhoria da relação. Neste sentido, Ostrander (2009) refere que, para alguns lesionados, a análise das consequências da lesão em termos da vida sexual, prende-se com a convicção de que se tornaram pessoas mais atentas ao parceiro e ao relacionamento em si.

(...) agora dou valor a outras coisas que não dava antes. [S4]

(...) agora agarramo-nos mais à outras coisas que se calhar antes não ligávamos tanto. [S7]

(...) na relação afectiva fiquei mais desperto aos pormenores. [S11]

Roherer (2001) revela que o discurso dos lesionados medulares que investigou encaminhou-se ao encontro de uma melhoria na relação amorosa e que essa melhoria se deveu a um aumento de intimidade que proporcionou um conjunto de outros aspectos valorizados no papel de cada um dos elementos do casal. Este autor sugere que ao terem um compromisso sólido com a relação, os sujeitos acabam por, com o tempo, regressar ao padrão normal da relação, vigente antes da lesão.

Outros aspectos, descritos pelos participantes, que compõem as alterações de natureza positiva, encontram-se de acordo com os resultados obtidos por Roherer (2001).

(...) acho que agora está melhor. [S13]

(...) acho que ‘tamos melhor, até. [S12]

A união do casal e a segurança transmitida pelo parceiro, são, igualmente, referidas por alguns dos entrevistados, que sugerem que a ocorrência da lesão deu origem a uma ligação mais forte do que anteriormente. Sobre este aspecto, Pereira e Araujo (2006) referem que, tanto os sujeitos como os seus familiares, utilizam estratégias semelhantes para enfrentar o problema, pelo que neste sentido, ficam mais próximos e os relacionamentos tendem a tornar-se mais fortes.

(...) estamos mais unidos agora. [S8]

(...) aproximou-nos mais. [S13]

(...) a minha grande base de apoio é ela e a base de apoio dela sou eu. [S8]

(...) ele tenta que eu fique segura... eh... que não tenha inseguranças. [S24]

Não obstante as declarações de melhoria da relação amorosa, diversos outros sujeitos reportaram diversas inquietações. O medo e a falta de segurança que advém de uma nova condição física, percebida como menos-valia, encontrou-se no discurso dos entrevistados.

(...) tenho muito medo de não estar á altura dela. [S27]

(...) eu sei que ela não 'tá completamente realizada, é muito mau ter um aleijado para empatar a vidinha toda. [S31]

(...) ele vai tendo alguma paciência, mas aceito que não a tenha para sempre. [S32]

Murta e Guimarães (2007) revelam que as mudanças que ocorrem depois de uma lesão medular contribuem para a diminuição da auto-aceitação, da auto-confiança e da auto-estima. Para estes autores, a cadeira de rodas é associada à imagem corporal, o que pode comprometer a atracção física e dificultar o estabelecimento de relações para as quais a atracção física é considerada um requisito essencial. Assim, o desenvolvimento e a manutenção das relações afectivas podem constituir uma fonte de stress para o lesionado medular, podendo ocorrer, inclusive, o medo do abandono (Cardoso, 2004).

As alterações no âmbito sexual, também, são visíveis e assinaladas pelos indivíduos como um factor de desequilíbrio da relação.

(...) a vida sexual tem muita importância e isso não corre bem. [S30]

(...) a nossa vida sexual sofreu grandes transformações. [S32]

Nas descrições dos sujeitos verificou-se que a diminuição do desejo influencia negativamente o envolvimento amoroso e a dinâmica da vida sexual. Este aspecto pode acontecer uni ou bilateralmente e revelar-se preditor de insatisfação conjugal.

(...) acho que ela não se excita comigo. [S1]

(...) no sexo também diz muitas vezes que não sabe o que 'tá a fazer se eu não 'tou a sentir nada. [S5]

(...) sinto que no sexo faz sacrifício e fico danado com isso. [S10]

(...) agora já não me apetece muito. [S28]

(...) basta o meu desejo já não ser o mesmo, para não estar tão disponível. [S32]

Neste sentido, Phelps et al. (2001) apontam o desejo sexual como factor determinante para influenciar a satisfação relacional e consequentes comportamentos ajustados na dinâmica da relação. Igualmente, a percepção da insatisfação do parceiro, resulta numa diminuição do interesse pela actividade sexual.

Murta e Guimarães (2007) revelam, de igual modo, que um dos preditores de vida sexual activa e completa é o reportório variado de expressões sexuais compensadoras e a preocupação acerca do prazer sexual do parceiro não deficiente. O que acontece na maior parte das vezes é que o parceiro assume o papel de cuidador e, ao desempenhar este duplo papel de cuidador e amante, originam-se situações de diminuição de interesse sexual (Kreuter, 2000).

As alterações de comportamento, nomeadamente o aumento da agressividade, foram também, relatadas pelos participantes como reconhecimento de factores que desequilibram a relação afectiva.

(...) torno-me agressivo nas conversas, coisa que eu não era antes. [S3]

(...) houve uma altura mais lá para trás que eu andava chateado... eh... depois ficava agressivo e ela é que pagava. [S10]

Para Dezarnaulds (2002) a adaptação à lesão medular acarreta profundas alterações emocionais e de personalidade no sujeito, que é, também, mediada pelas suas características pré-mórbidas. Esta autora aponta outros factores que podem provocar alterações no comportamentos dos lesionados medulares e que se apresentam como externos à sua personalidade, nomeadamente a ausência de um sólido suporte social, o isolamento, a dor e, até mesmo, alguma medicação. Venturini et al. (2007), alegam que as mudanças encontradas no comportamento dos indivíduos após uma lesão medular, são identificadas como mais negativas do que positivas.

Apesar de terem sido poucos os sujeitos que referiram que a lesão não causou qualquer tipo de impacto na relação emocional, este discurso está presente. Sobre isto, Kreuter (2000) chama a atenção para o facto de após uma lesão medular, as relações não serem afectadas tanto quanto se pode pensar. Este autor realça os sentimentos do parceiro do lesionado como sendo, de igual modo, atingidos pelo acontecimento e aponta o seu suporte efectivo e a comunicação entre o casal como um aspecto determinante para ultrapassarem o eventual desequilíbrio que daí possa advir.

(...) para já acho que ‘tá tudo espectacular. [S2]

(...) até ver tem sido superado. [S29]

(...) está tudo calmo, dentro daquela rotina do dia-a-dia. [S30]

Por último, existem algumas referências a alterações, sem especificações concretas em relação ao tipo e ou ao nível que ocorreram, no entanto, deixando adivinhar algum sentido pejorativo.

(...) eu acho que mudou alguma coisa, assim muito ao de leve, mas mudou. [S5]

(...) mudaram muitas coisas. [S21]

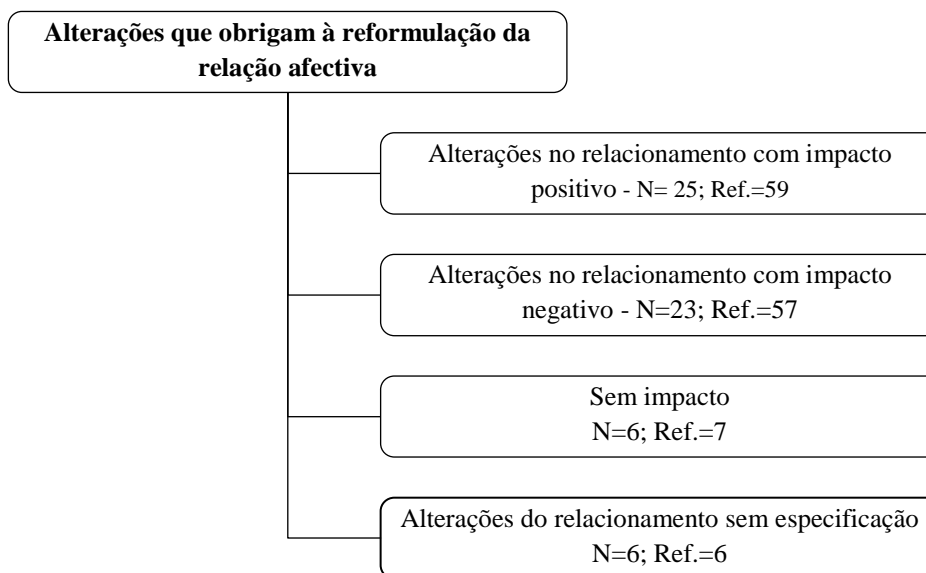
(...) a nossa vida mudou a muitos níveis. [S32]

Relativamente a este aspecto, Oliveira (2004) reitera que a doença encerra em si a probabilidade de provocar complexas mudanças na vida dos sujeitos e nas suas relações afectivas. A presença da limitação física e da incapacidade no tecido relacional modifica a dinâmica das relações e a complexidade das suas interacções e, quer sejam positivas ou negativas, as mudanças implicam a implementação de novas rotinas no quotidiano (Venturini et al., 2007).

No Esquema 11 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva.

Esquema 11

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Alterações que obrigam à reformulação da relação afectiva



b) Instabilidade instalada na relação

Nesta categoria as narrativas dos sujeitos tendem a revelar insegurança relativamente ao curso da relação por avaliarem em si mesmos algum evitamento e afastamento, como se pode observar no discurso do sujeito 22: “o tempo foi passando e... sabe como é... tudo passa... às vezes parece que estamos afastados.”

Este comportamento pode estar intimamente ligado à condição em que se encontram, ou seja, o medo de serem abandonados pode estar subjacente a este comportamento.

(...) tenho medo de perdê-la, de ela arranjar outro que não tenha problemas. [S4]

(...) às vezes até tenho medo... qualquer dia dispensa-me. [S10]

(...) tenho sempre medo que me abandone. [S31]

(...) tenho medo de entregar-me para não ter que sofrer. [S33]

Kreuter (2000) refere que a reorganização do quotidiano após uma lesão medular pode obrigar o casal a alterar a dinâmica da relação, podendo assim, colocá-la em risco e ex-

perimentar alguma dificuldade em conseguir mantê-la. As incertezas relativamente ao futuro da relação são apontadas pelos sujeitos 18 e 19:

(...) ela também se cansa e ainda se vai cansar mais à medida que o tempo vai passando. [S18]

(...) não sei se o amor que sentimos um pelo outro é suficiente para ela continuar muito tempo ao meu lado... tipo para casarmos ou assim. [S19]

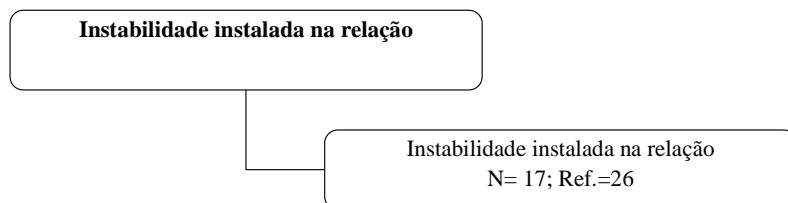
Chan, Lee e Lieh (2000) e Kreuter (2000) referem que a lesão medular afecta, sobretudo, as relações ocorridas antes do evento. Para estes autores, uniões estabelecidas antes da lesão enfrentam tarefas diferenciadas na adaptação da condição, tais como, reajustes de papéis e oferta de suporte instrumental e emocional na fase aguda da lesão, por parte do companheiro, enquanto que casamentos realizados após a lesão têm o seu início já com as limitações estabelecidas e, provavelmente, o lesionado já estará adaptado à sua nova condição.

Para Murta e Guimarães (2007) os factores preditivos para a longevidade dos relacionamentos amorosos pós-lesão, são a integração social e profissional do sujeito e a auto-percepção de saúde. Contrariamente às expectativas, o nível da lesão, a função, a mobilidade e a independência não foram preditores significativos para as eventuais rupturas (Karana-Zebari, Leon, & Kalpakjian, 2010).

No Esquema 12 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Instabilidade instalada na relação.

Esquema 12

Categoria conceptual que originou a categoria central Instabilidade instalada na relação



c) Comparação pré-lesão

Uma vez mais, também nesta questão foram encontradas anotações de comparação entre o antes e o depois do evento. O saudosismo patente no discurso dos participantes, demonstra as dificuldades na aceitação da nova condição física. Estas referências reportam-se tanto aos sentimentos do próprio, como aquilo que ele percebe do parceiro.

(...) tenho saudades de como era antes. [S21]

(...) eu sei que sente saudades do antes. [S24]

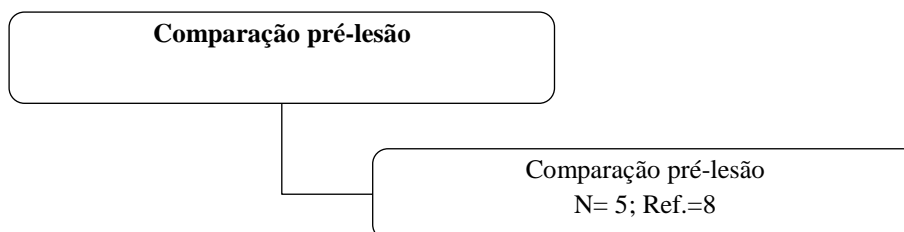
(...) quando estou na prática lembro-me sempre como era antes e fico meio triste. [S32]

De acordo com este sentimento, Chen e Boore (2008) referem que, nem o sujeito, nem a família se encontram preparados para este acontecimento e a negação é comum. É, então, normal demorarem algum tempo, atravessando diversos estádios, na busca da adaptação, em que, durante esse tempo, a inevitabilidade do saudosismo do passado está bem presente.

No Esquema 13 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão.

Esquema 13

Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão



Questão 4: “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade sexual?”

Nesta questão objectivou-se perceber, por um lado o que representava o auge sexual para os lesionados medulares, e por outro, a forma como, actualmente, o atingiam. Importa referir que, do significado que os participantes atribuíram ao auge sexual, ficou-se a saber que era entendido como o atingimento do orgasmo, tal como ocorreria, habitualmente, antes da lesão: (...) *aquilo que eu sentia antes da lesão como pré-orgasmo, agora é o que eu sinto como o auge da minha satisfação sexual.* [S8]. Assim sendo, interpretamo-lo como tal.

Dahlberg, Alaranta, Kautiainen e Kotila (2007) revelam que, apesar da capacidade de atingir o orgasmo em pessoas com lesão medular ser deficiente, esta incapacidade não parece estar exclusivamente ligada ao tipo e nível de lesão, havendo factores como as consequências emocionais e psicológicas, que dificultam essa sensação. No entanto, M. Alexander e Rosen (2008) referem-no como uma capacidade que é mediada por respostas autónomas periféricas, logo, apenas é atingido quando o padrão da lesão o permite. Por outro lado, sabe-se que a capacidade de obter orgasmo está intimamente ligada com a sensibilidade genital (Anderson, Borisoff, Johnson, Stien, & Elliott, 2006).

As categorias centrais emergentes desta questão, são: a) Vivência do prazer do outro; b) Ausência de auge sexual; c) Comparação pré-lesão; d) Vivência subjectiva do prazer sexual; e) Estimulação de carácter sexual e f) Sem contacto sexual pós-lesão.

a) Vivência do prazer do outro

Nesta categoria central, os sujeitos assumiram que o auge da relação sexual é quando percebem que o parceiro sente prazer, desejo e orgasmo. A transferência do seu próprio prazer sexual para o parceiro está relatada na literatura como uma forma de reparar a ausência de auto-satisfação, na maior parte das vezes, originada pelas contingências próprias da lesão (Brown et al., 2006; Mona et al., 2009).

(...) ela depois acaba, ‘né... e eu sinto como se tivesse sido eu. [S12]

(...) tipo aquela explosão que eu tinha antes, agora transfiro tudo para ela. [S14]

(...) sem pensar muito digo-lhe já que é apenas sentir que ela tem prazer. [S31]

Na realidade, segundo C. Alexander, Sipski e Findley (1993) e L. Silva e Albertini (2007), a génese das experiências eróticas dos lesionados medulares é encontrada, muitas vezes, no despertar do desejo que poderão proporcionar aos seus companheiros.

(...) não é nem durante, nem depois, é aquele momento em que eu percebo ou que ela diz que é para fazermos amor. [S22]

(...) eu gosto de provocar ao máximo o desejo. [S25]

De igual modo, assistir ao orgasmo do parceiro poderá ser considerado como um momento de grande satisfação para o próprio sujeito, pois considera que, apesar de tudo, continua a poder proporcionar prazer, procedendo, assim, a uma transferência de referencial.

(...) para mim o auge é quando a rapariga tem orgasmo. [S25]

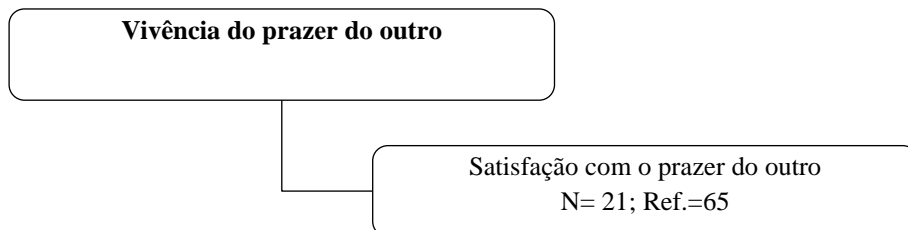
(...) quando ele tem orgasmo gosto muito, sinto-me a mulher dele. [S21]

Phelps et al. (2001) referem que a percepção da satisfação sexual do parceiro é apontada pelos sujeitos com lesão medular como um factor intimamente relacionado com a sua própria satisfação. Ou seja, em sujeitos que revelam ter uma vida sexual satisfatória, o critério *satisfação com o prazer do outro* encontra-se elevado, porém, em sujeitos que assumem ter uma vida sexual empobrecida, não existem relatos da percepção do prazer e do desejo do companheiro. Se antes a dinâmica sexual era focalizada na auto-satisfação final, após a lesão, estes sujeitos tendem a se reorganizar num padrão mais interactivo, no qual obtém satisfação dando-a (Sakellariou & Sawada, 2006). A perda da capacidade de satisfação o parceiro pode trazer repercussões psicológicas muito negativas para estes indivíduos (Money et al., 1982) e Cardoso (2006) chama a atenção para o eventual decréscimo de desejo dos lesionados medulares estar relacionado com a percepção de diminuição de desejo por parte do parceiro.

No Esquema 14 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Vi-
vência do prazer do outro.

Esquema 14

Categoria conceptual que originou a categoria central Vivência do prazer do outro



b) Ausência de auge sexual

A categoria Ausência de auge sexual sugere que os participantes não tiveram em momento algum, após a ocorrência da lesão, sensações que se pudessem designar comparativamente a uma situação de satisfação sexual. Mais uma vez o discurso dos participantes tendeu a comparar a expressão *auge* ao clímax, entenda-se, orgasmo.

(...) bem, a sério é que não tenho auge. [S21]

(...) não tenho auge nenhum. [S29]

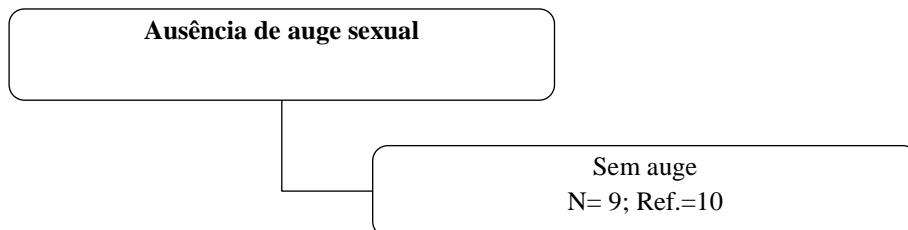
(...) ainda não consegui chegar a sítio nenhum que possa dizer que é um auge. [S32]

O sujeito 9 respondeu, referindo-se de uma forma mais específica, ao *auge*, comparando-o com prazer: “(...) eu não sinto nada, não tenho qualquer tipo de prazer.” Por outro lado, importa referir, que o sujeito 1, permite perceber algum auto-controlo, ou seja, algum evitamento da entrega, por reear acontecimentos que o possam embaraçar: “(...) tenho sempre medo que algo aconteça e isso não me deixa ter assim... um auge.”

No Esquema 15 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Ausência de auge sexual.

Esquema 15

Categoria conceptual que originou a categoria central Ausência de auge sexual



c) Comparação pré-lesão

Nesta categoria os sujeitos deixam a impressão que, apesar da sua nova condição não permitir uma satisfação igual à anterior à lesão, essa satisfação acaba por ser encontrada, permitindo-lhes a comparação.

(...) agora apesar de ainda estar longe e não parecer melhorar muito mais, está melhor. [S4]

(...) não foi nada de maravilhoso como era antes. [S28]

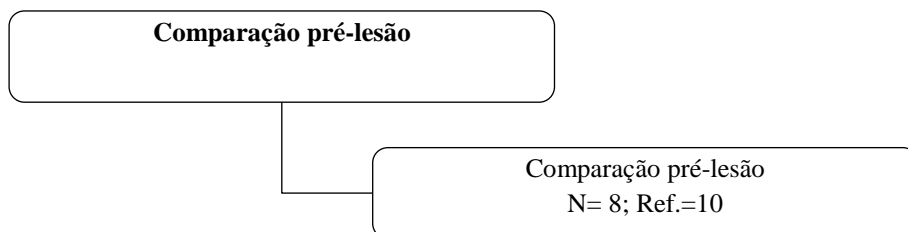
(...) já não é como era antes. [S15]

Com referência a este aspecto, Cardoso (2006) observou que a vida sexual destes sujeitos é claramente percebida como mais satisfatória no período anterior à lesão, não sendo, contudo, obrigatório o estado actual de total insatisfação. Porém, o mesmo autor explicou que, proporcionar satisfação sexual ao outro e perceber o seu desejo, dá origem a percentagens significativas de satisfação pessoal e que o factor *tempo decorrido da lesão* contribui para aumentar a capacidade de propiciar prazer ao parceiro, bem como de aumentar a sua satisfação com a satisfação do outro.

No Esquema 16 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão.

Esquema 16

Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão



d) Vivência subjectiva do clímax sexual

Neste domínio, é comum estes indivíduos descreverem o clímax sexual sob uma componente psicológica e emocional, em detrimento de sensações biofisiológicas, provocando-lhes, assim, uma sensação de bem-estar subjectivo, caracterizada pela satisfação interior que dizem sentir (Kreuter et al., 2008).

(...) o auge é quando me sinto bem. [S7]

(...) não é assim do corpo, percebe... é cá dentro. [S20]

(...) parece que é mais de dentro da cabeça, não sei como lhe dizer isto. [S35]

(...) antes sentia mais na zona do pénis, mas agora parece que vem mais da cabeça. [S35]

As carícias são, de igual modo, entendidas como o expoente do clímax. Os sujeitos dão especial importância aos carinhos íntimos. Em relação a estas preferências, C. Alexander et al. (1993) e Reitz et al. (2004) revelam que os lesionados medulares, após a ocorrência deste evento, descrevem sentir-se melhor através do contacto emocional que os carinhos comportam, nomeadamente, o toque, o beijar e o abraçar.

(...) é o carinho dele, os beijinhos e os abraços. [S5]

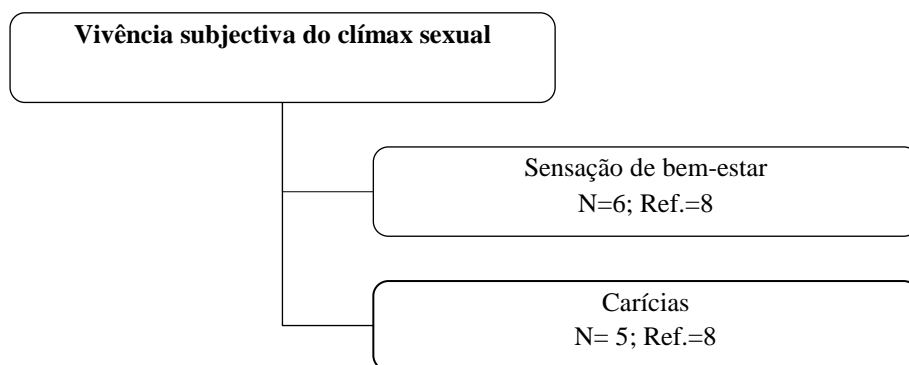
(...) estava mais preocupada em que ele me abraçasse. [S28]

(...) na verdade só sinto calor interior nos abraços e beijos. [S30]

No Esquema 17 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual.

Esquema 17

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência subjectiva do clímax sexual



e) Estimulação de carácter sexual

A estimulação de carácter sexual é, para muitos indivíduos, a única forma de obtenção do clímax sexual. Lima (2007) encontrou, em diferentes momentos das entrevistas que efectuou, o prazer apontado apenas ao acto sexual (leia-se coito). Nestes sujeitos, quer seja a estimulação oral de zonas íntegras, a penetração ou a ejaculação, os indivíduos entendem que apenas atingem o auge através de alguma destas formas.

(...) quando me beija nos mamilos. [S5]

(...) o momento da penetração. [S11]

(...) o melhor é quando ejaculo, essa é a parte mesmo que eu sinto melhor. [S35]

Com respeito à focalização nas estimulações de ordem sexual, Garton (2009) comenta que já no início do século XX, diversas investigações foram feitas com o objectivo de perceber se o coito seria fundamental para a obtenção do prazer sexual. Os resultados dessas investigações, contrariamente ao que seria expectável, revelaram o pressuposto de que a prática da masturbação poderia aumentar a capacidade de orgasmo e o prazer durante o acto sexual. Estes resultados redefiniram a satisfação sexual, que até então era culturalmente percebida através da penetração. Um século depois, Abdo (2000), nas suas investigações, reitera que a satisfação sexual não é equivalente à prática do coito e à ejaculação. Ainda assim, Agostini (2008) assegura que a sexualidade ainda se mantém

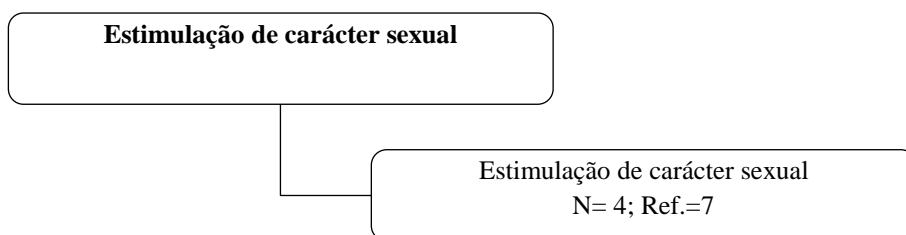
demasiado fragmentada, havendo, na generalidade, uma visão fraccionada da mesma, que leva a comportamentos puramente genitalistas.

Porém, A. Alves et al. (1999) sugerem que a ênfase no genitalismo, como forma ímpar de expressar o desejo e obter gratificação sexual, pode ser trabalhada durante o período de reabilitação.

No Esquema 18 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Estimulação de carácter sexual.

Esquema 18

Categoria conceptual que originou a categoria central Estimulação de carácter sexual



f) Sem contacto sexual pós-lesão

Também nesta questão, alguns sujeitos inibiram-se de tecer comentários acerca de um eventual auge sexual, já que, até à data, ainda não tinham tido nenhum contacto sexual. No entanto, no caso do indivíduo 23, que após a lesão, se viu privado de continuar o relacionamento amoroso, dado que o companheiro terminou a relação, poderá estar a atravessar uma fase em que problemas na sua auto-estima e auto-imagem o impedem de experimentar qualquer tipo de relacionamento mais íntimo.

(...) não sei, ainda não experimentei. [S23]

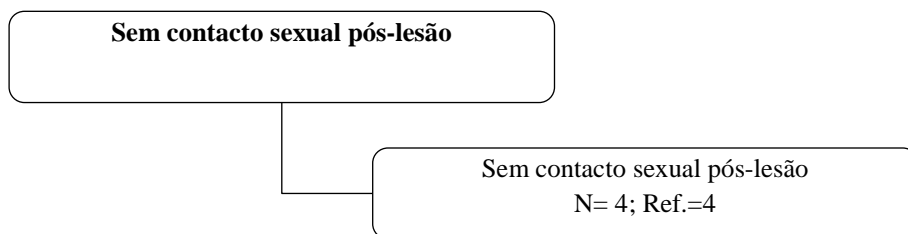
Normalmente algumas das principais razões para estes indivíduos não desejarem ou não terem coragem de estabelecer algum contacto físico mais íntimo com alguém são questões relacionadas com a baixa auto-estima e com o sentimento de não se ser atraente para ninguém (A. Alves et al., 1999; Taleporos & McCabe, 2001; Kreuter et al., 2008).

Também Kettl et al. (1991), Kreuter (2000) e Murta e Guimarães (2007), defendem que a deficiência motora e o uso de uma cadeira de rodas proporcionam uma perturbada auto-imagem, já que os sujeitos tendem a considerar-se como pouco desejados sexualmente.

No Esquema 19 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão.

Esquema 19

Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão



Questão 5: “Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?”

A questão 5 pretendia averiguar o tipo de sentimentos que os entrevistados sentiam aquando de um eventual contacto sexual. Estes sentimentos são comentados por autores que se referem, muitas vezes, ao evitamento desses contactos por determinados motivos (receio, falta de coragem, decréscimo do auto-conceito), às emoções negativas que daí advém e, ainda, a questões de carácter biofisiológico (Kreuter, 2000). Por outro lado, a prática da actividade sexual pode fornecer ao lesionado medular momentos de bem-estar e sentimentos de pertença, passando a ser, assim, um factor determinante para a sua qualidade de vida (DeForge, 2004; Wiwanitkit, 2009).

Desta questão surgiram 7 categorias centrais: a) Sentimentos negativos de ordem psicológica; b) Vivência satisfatória da prática social; c) Focalização de ordem emocional no parceiro; d) Sentimentos positivos de ordem psicológica; e) Comparação pré-lesão; f) Experiências biofisiológicas negativas e g) Sem contacto sexual pós-lesão.

a) Sentimentos negativos de ordem psicológica

Relativamente a esta categoria, os entrevistados manifestaram diversos sentimentos que se caracterizam como negativos quando têm um contacto sexual. Esta inquietação dos sujeitos pode ser o resultado da ideia apontada por S. Carvalho e Andrade (1998), que referem que a possibilidade de se auto-percepcionarem com um corpo menos válido, leva os lesionados medulares a enfrentarem problemas nos seus relacionamentos e na sua vida sexual.

(...) sinto assim um certo receio dela ‘tar a fazer aquilo só para me agradar. [S15]

(...) tenho medo de ‘tarmos a fazer aquilo só porque somos namorados e tem que ser. [S24]

(...) confesso que não tenho segurança o suficiente. [S27]

Ainda relacionado com este aspecto, McCabe e Taleporos (2003) descobriram, nas suas investigações, que pessoas com deficiências físicas mais graves apresentam níveis mais

baixos de estima e de satisfação sexual, aumentando significativamente os níveis de depressão sexual.

Efectivamente, alguns participantes descreveram que o momento em que estabelecem contacto íntimo com alguém, torna-se uma altura de ansiedade e de tristeza. Está descrito que os estados de ansiedade, muito comuns nos lesionados medulares, acontecem, na maior parte das vezes, pelo medo e pela preocupação que o desempenho não corresponda ao que o parceiro espera (Krause et al., 2000; M. Alexander & C. Alexander, 2007).

(...) insegurança por já não ter o mesmo desempenho. [S4]

(...) um pouco de medo em não poder realizar sexualmente o outro. [S6]

(...) acho que a minha mulher chateia-se com aquilo. [S10]

Lazarus e Folkman (1984) apontam como uma das ocorrências potencializadoras de stress, o desafio. O contacto sexual, será, então, para o lesionado medular como um desafio que acarreta nervosismo, tensão e preocupações.

(...) fico sempre nervoso. [S35]

(...) fico sempre um bocadinho angustiada. [S28]

(...) fico muito preocupado. [S33]

Outro argumento para justificar os sentimentos de medo e insegurança é a dificuldade com questões de ordem esfinteriana. Apesar de Anderson et al. (2007) assegurarem que os problemas de bexiga e intestino não consistem preocupações suficientemente fortes para impedir o contacto sexual, isso pode revelar-se inquietante para alguns sujeitos.

(...) medo de ter problemas com a urina ou com gases. [S27]

Por outro lado, os sentimentos depressivos surgem, frequentemente, ligados à percepção da sua própria incapacidade para sentir prazer sexual e à diminuição do desempenho enquanto factor adjuvante do auto-conceito (Burns, Hough, Boyd, & Hill, 2009).

(...) penso muitas vezes: mas o que é que eu estou aqui a fazer? [S9]

(...) a minha vida sexual deixa-me triste. [S13]

(...) não é um momento muito feliz. [S21]

Os sentimentos de insatisfação generalizada, como a frustração, o sentir-se vazio e a sensação de que algo está em falta, é muitas vezes, para estes sujeitos, o discurso que assumem quando questionados acerca do que sentem com a actividade sexual presente-mente.

(...) acabo por me sentir um pouco frustrado. [S6]

(...) falta qualquer coisa. [S7]

(...) fica assim um vazio. [S11]

Taleporos e McCabe (2002) sugerem que a incapacidade de se sentirem satisfeitos sexualmente fornece aos indivíduos com lesão medular uma postura de desesperança, pontuada por sentimentos de frustração e de se estar incompleto.

Outros participantes assumiram que experimentam momentos de embaraço, negação e revolta interior quando vivenciam situações com conteúdo sexual (A. Alves et al., 1999). Soden et al. (2000) referem que sentimentos de constrangimento, inaptidão, injustiça e revolta apresentam-se como sendo comuns em doentes com lesão medular e devem sempre ser vigiados clinicamente devido ao prejuízo psicológico que daí pode advir, designadamente, o risco de suicídio.

(...) fico constrangido. [S3]

(...) ainda não me habituei à ideia. [S3]

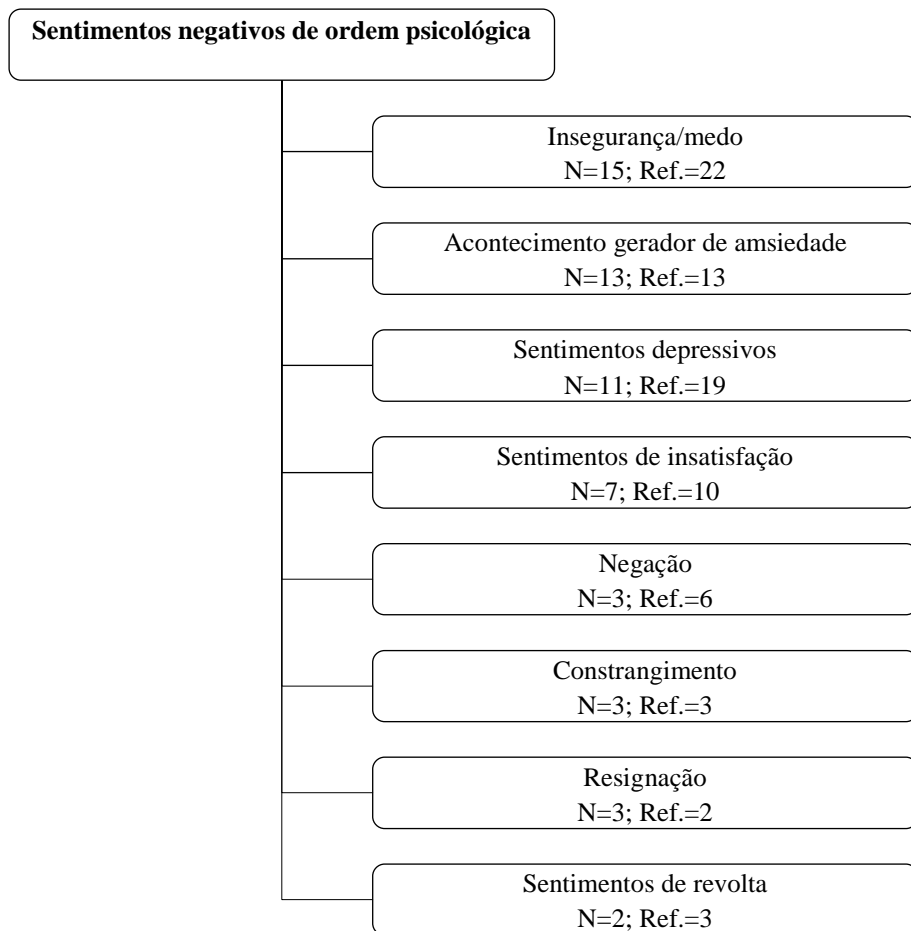
(...) é como se não houvesse lesão e ‘tivesse tudo em ordem. [S11]

(...) é injusto eu não sentir nada assim mais no corpo. [S20]

No Esquema 20 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica.

Esquema 20

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Sentimentos negativos de ordem psicológica



b) Vivência insatisfatória da prática sexual

Nesta categoria o discurso dos entrevistados demonstrou sentimentos de insatisfação com a sua vida sexual pós-lesão. Entre outros motivos, a sensação de impotência, a falta de prazer sexual e a diminuição da libido, são justificações para que os lesionados medulares reportem uma vida sexual pouco ou nada satisfatória.

(...) as pernas não tremem, nem o coração palpita. [S1]

(...) estou insatisfeito com a minha sexualidade. [S7]

(...) sinto um bocado de impotência. [S8]

(...) não consigo ter eu prazer. [S8]

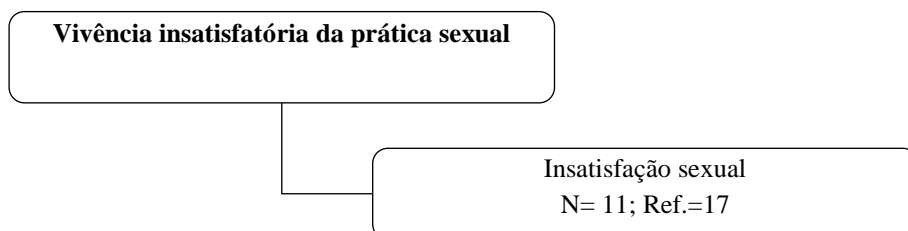
(...) o desejo assim não é a mesma coisa. [S12]

A. Alves et al. (1999) declaram que os sujeitos que manifestam insatisfação sexual, são normalmente aqueles que ainda se encontram em processo de reabilitação hospitalar (cerca de um ano de duração), concluindo que o processo de adaptação sexual atravessa diversas fases e que é possível a readaptação, dependendo da intervenção e da resposta. Este pressuposto é reiterado por Sakellariou e Sawada (2006), que afirmam ser comum que os doentes com lesão medular reportem insatisfação sexual ao longo do seu processo de reabilitação funcional em condições de internamento hospitalar. Kennedy et al. (2010) verificaram no seu estudo que as questões de insatisfação mais manifestadas pelos lesionados medulares estão relacionadas com dificuldades de ordem sexual.

No Esquema 21 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual.

Esquema 21

Categoria conceptual que originou a categoria central Vivência insatisfatória da prática sexual



c) Focalização de ordem emocional no parceiro

Relativamente a esta categoria, alguns dos participantes enfatizaram a sua atenção sexual no bem-estar do parceiro e outros relataram o contrário, através do evitamento e da desconfiança.

Na focalização positiva no companheiro, o discurso assentou no empenho que o lesionado medular coloca no desejo e no prazer do outro e a segurança que daí advém. Este aspecto já foi discutido na questão 4, em que estava bem patente a atribuição relevante que os indivíduos davam à percepção do desejo sexual e à satisfação do seu parceiro,

como compensação das suas próprias incapacidades (C. Alexander et al., 1993; Brown et al., 2006; L. Silva & Albertini, 2007; Mona et al., 2009).

(...) quando a vejo ter prazer e fico mais sossegado. [S14]

(...) não sei se é inconscientemente uma forma de tentar compensar a outra pessoa de eu não estar normal. [S25]

(...) tenho sempre uma grande preocupação em satisfazer a parceira. [S26]

Ainda em relação ao interesse dos lesionado medulares em dar prazer aos seus parceiros, Phelps et al. (2001) comentam que é frequente que estes indivíduos se empenhem em aprender novas técnicas eróticas e de satisfação sexual, para agradar o outro, conseguindo, assim, maior satisfação sexual para si mesmos.

A focalização de ordem negativa no outro teve como base o evitamento e a incredulidade no desejo que o parceiro pudesse sentir pelo sujeito com incapacidade. A desconfiança gerada por estes sentimentos impede que os entrevistados se sintam completamente bem aquando de um contacto sexual.

(...) nunca sei se estão comigo por quererem estar ou se é por pena. [S9]

(...) como é que uma mulher destas está comigo? [S14]

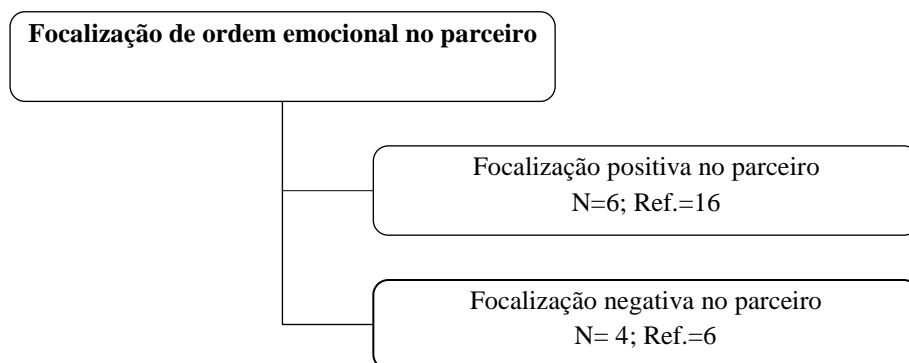
Kreuter (2000) refere que a presença de uma nova condição física de menos-valia, confere aos indivíduos uma auto-percepção deficitária que promove a adopção de uma postura de desconfiança. Pare este autor, o próprio preconceito do indivíduo pode levá-lo a acreditar que ninguém estará interessado nele, enquanto deficiente. Assim, evitar qualquer espécie de contacto íntimo representa uma defesa e uma protecção que o sujeito adquire, conforme relatado pelo sujeito 3.

(...) até evito o contacto para não ter que passar por isso. [S3]

No Esquema 22 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro.

Esquema 22

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Focalização de ordem emocional no parceiro



d) Sentimentos positivos de ordem psicológica

Está descrito que um preditor elevado da qualidade de vida do lesionado medular é a satisfação na vida amorosa e sexual (Franceschini et al., 2003; Anderson et al., 2007). Muito embora, a maioria dos sujeitos reportem sentimentos negativos e de insatisfação, nesta categoria um pequeno grupo aponta sensações agradáveis de complementaridade e de plenitude.

(...) eu continuo a gostar muito de fazer amor com o meu marido. [S5]

(...) eu deixo-me ir e é bom. [S20]

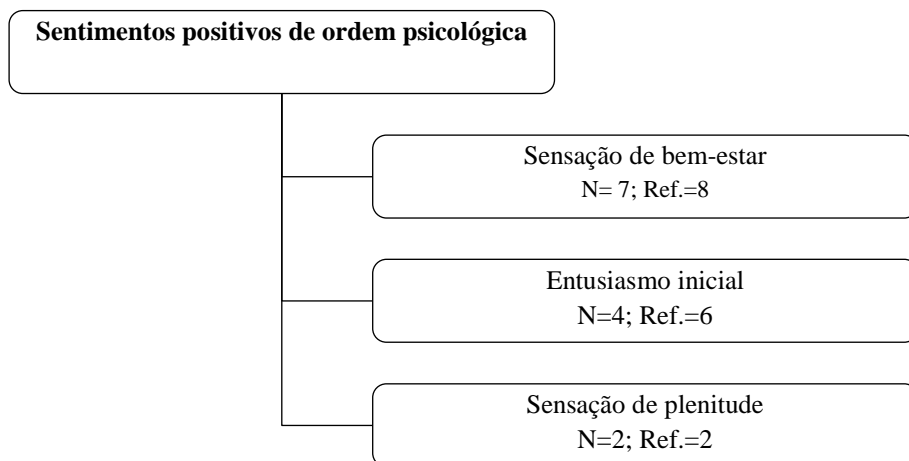
(...) faz-me sentir um homem completo. [S11]

Kreuter et al. (2008) sugerem que, uma vez ultrapassados os obstáculos psicológicos, é possível para estes sujeitos sentirem bem-estar e sensações agradáveis aquando da actividade sexual. Apesar de haver um decréscimo no desejo e na intensidade do prazer (Cardoso, 2004), estes autores referem que a maioria dos lesionados medulares têm vida sexual após a lesão. O motivo principal para a busca do bem-estar sexual prende-se com a necessidade de intimidade (Anderson et al., 2007) e o bem-estar psicológico que o indivíduo experimenta nessa actividade constitui um impulso para o contacto íntimo (Reitz et al., 2004).

No Esquema 23 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica.

Esquema 23

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica



e) Comparação pré-lesão

A atitude comparativa com a vida antes da lesão é uma constante no discurso dos entrevistados. Em relação a esta questão, o enfoque esteve nas memórias a que os sujeitos recorrem no momento do contacto íntimo, bem como ao saudosismo demonstrado quando interpelados acerca do tema.

Em relação às evocações, Connerton (1999) propôs a seguinte divisão: a) as memórias pessoais, que seriam aquelas que diriam respeito à história de vida dos sujeitos, traduzindo-se em memórias do passado pessoal, nomeadamente, a recordação de determinados acontecimentos; b) as memórias cognitivas, ou seja, a capacidade de evocar determinados conhecimentos e significados que foram apreendidos e c) as memórias-hábito, que não são mais do que colocar em prática, com mais ou menos eficiência, o que foi aprendido.

(...) recordo muitas vezes. [S5]

(...) quando estou na prática lembro-me sempre como era dantes e fico meio triste. [S32]

No caso dos participantes deste estudo, as evocações prendem-se com a memória tipo pessoal, já que são evocados momentos vivenciados anteriormente à lesão.

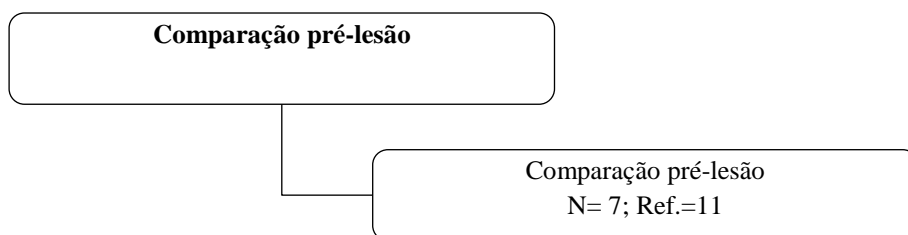
Nascimento e Menandro (2005), por outro lado, elaboraram um estudo sociológico em que distinguem as recordações das saudades. De acordo com estes autores a saudade estará, estreitamente, ligada com a percepção do passar do tempo e com as implicações que daí advém para o sujeito, não estando, portanto, relacionada com as memórias evocativas de acontecimentos. Assim, referem, que a saudade é uma dimensão afectiva superior, que existirá quando houve anteriormente, em algum momento da vida do indivíduo, um objecto de afecto e de amor, estando, aí sim, ligada à emoção e às memórias de vida.

(...) tenho saudades de como era antes. [S21]

No Esquema 24 mostra-se a categoria conceptual que esteve na origem da categoria central Sentimentos positivos de ordem psicológica.

Esquema 24

Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão



f) Experiências biofisiológicas negativas

Alguns sujeitos revelaram sentir dor e desconforto na zona genital quando tentam estabelecer algum contacto sexual. Esta situação poderá dever-se à ocorrência de dor neuropática na área afectada, que é uma situação comum na lesão medular (Finnerup et al., 2003; Wang, O'Shaughnessy, Haq, & Green, 2004; Braga, 2005).

(...) depois a meio vem aquele desconforto e é terrível. [S2]

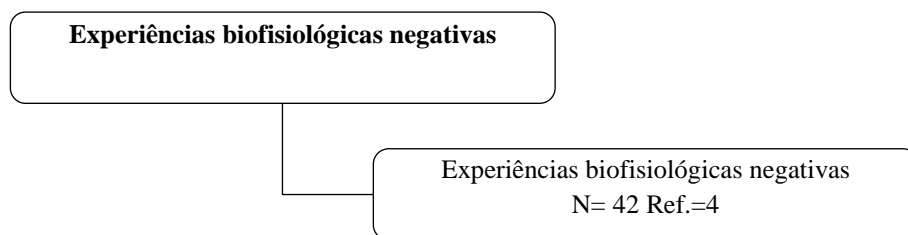
(...) às vezes alguma dorzita naquelas zonas que tenho mais... sou mais sensível. [S10]

Outra causa de dor e do desconforto poderá ser a administração de ajudas terapêuticas, mais concretamente, no caso de potencializadores de erecção, como sejam a injeção intracavernosa e o Alprostadil (com uma elevada significância comparada com a Pápa-verina) (Radl & Dunham, 1998; Sadovsky, Dunn, & Grobe, 1999), porém este não é o caso específico, pois nenhum destes entrevistados havia, até à data, experimentado qualquer meio desta natureza.

No Esquema 25 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Experiências biofisiológicas negativas.

Esquema 25

Categoria conceptual que originou a categoria central Experiências biofisiológicas negativas



g) Sem contacto sexual pós-lesão

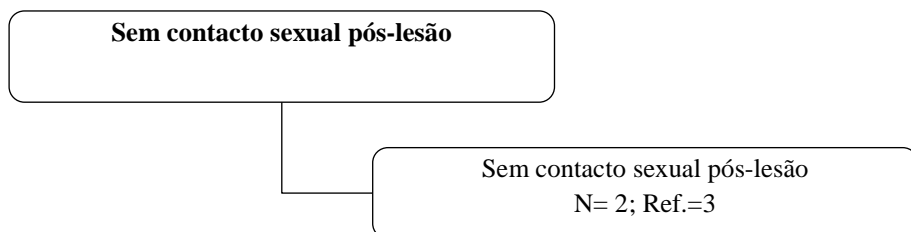
À semelhança da questão anterior, os participantes que referem não ter tido qualquer contacto sexual até à data da entrevista. No entanto assinalam a suspeição de que existem alterações significativas, quer ao nível da sensibilidade, quer do desempenho sexual.

(...) ainda não voltei a ter contacto sexual mas presumo que tudo esteja alterado. [S16]

No Esquema 26 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão.

Esquema 26

Categoria conceptual que originou a categoria central Sem contacto sexual pós-lesão



Questão 6: “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?”

O propósito desta questão era saber se os participantes já haviam experimentado o orgasmo e quais os sentimentos em relação a essa ocorrência. Na questão 4, os sujeitos referiram-se ao *atingimento do auge na actividade sexual*, como sendo a obtenção de orgasmo, embora os discursos se direccionarem mais para a forma como o obtinham do que propriamente se este acontecia. Nesta pergunta específica, procurou-se conhecer a sua frequência e as sensações daí decorridas.

Desta questão surgiram as seguintes categorias centrais: a) Percepção do orgasmo; b) Vivência emocional do prazer sexual; c) Diferente com sentimentos de insatisfação; d) Comparação pré-lesão e e) Frequência da satisfação.

a) Percepção do orgasmo

Em relação ao orgasmo, importa referir que é comum a confusão entre esta percepção subjectiva e a ocorrência de ejaculação. Lima (2007) chama a atenção para a associação que os lesionados medulares fazem entre orgasmo e ejaculação. De acordo com este autor, a sexualidade do homem ainda é centralizada no desempenho dos órgãos genitais e, sobretudo no poder do falo. Também Higgins (1979) já havia referido que o orgasmo e a ejaculação são eventos tratados como sendo idênticos. Cardoso (2006) sublinha a diferença entre os dois acontecimentos, apesar de concordar que a literatura se focaliza, na maior parte das vezes, nos fenómenos neurofisiológicos envolvidos.

Dado os comprometimentos sensitivos e motores que os lesionados medulares enfrentam, a resposta sexual, entendida como orgasmo, pode ser difícil (Schopp et al., 2007). Stien (2008) relembra que uma lesão medular pode interromper ou perturbar as vias de comunicação entre os centros cerebrais da função sexual e a área genital, o que compromete, entre outras, a capacidade de perceber o orgasmo. Sakellariou e Sawada (2006) e Ostrander (2009) apontam a importância que os sujeitos dão ao orgasmo e ao luto que vivenciam pela noção da sua perda. Efectivamente, nesta categoria, a maior parte dos entrevistados assumiram nunca mais ter tido orgasmo depois da lesão.

(...) nunca! Nem de perto nem de longe. [S9]

(...) não sei qual é a sensação de ter orgasmo depois de uma lesão destas. [S26]

(...) nunca mais tive nada parecido sequer. [S32]

Por outro lado, e não obstante as dificuldades descritas, alguns participantes revelaram conseguir atingir o orgasmo. Chama-mos a atenção para o sujeito 3, que, para além de descrever o processo moroso da obtenção de orgasmo, revelou, no seu discurso, que apenas consegue obter orgasmo através da auto-estimulação, e não com a parceira.

(...) sim, chega tarde, mas chega. [S3]

(...) já sim. [S11]

Outros indivíduos contaram julgar já ter tido orgasmo, embora não consigam estar certos de que o que sentiram fosse exactamente aquilo que conhecem como orgasmo.

(...) sinto uma coisa nos testículos mas não sei se isso é orgasmo. [S15]

(...) talvez tivesse sido. [S24]

No período inicial da lesão, é comum os sujeitos terem imagens eróticas durante os sonhos, que podem culminar em orgasmos. Esses orgasmos são exclusivamente cerebrais, sem associação genital. (Money et al., 1982). Por outro lado, Cardoso (2006) e Mona et al. (2009) referem-se ao orgasmo fantasma, originalmente descrito por Money, como percepções sensoriais do foro erótico-cognitivo, o que sugere que este tipo de orgasmo, nestes indivíduos, será uma resposta cérebro-cognitiva, independentemente de haver ou não sensibilidade pélvica e genital. No entanto Cardoso (2006) parece não concordar com o termo, já que, segundo diz, poderá potencializar o já existente mito de que só existe um tipo de orgasmo, retirando, assim, toda a subjectividade inerente a este acontecimento.

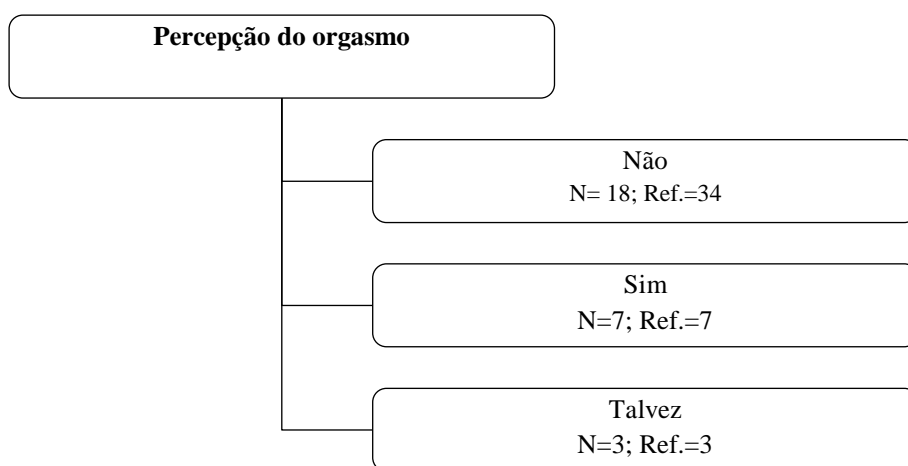
Sipski, M. Alexander e Rosen (1995) e Stien (2008) alertam-nos para a possibilidade destes sujeitos experimentarem o orgasmo, já que se trata de um clímax final de exploração sexual e insatisfação, assumindo papéis psicológicos que ultrapassam os biológi-

cos, podendo, então ocorrer sem qualquer função motora e/ou sensorial. Contudo, segundo estes autores, o orgasmo não deve ser perseguido como alta prioridade, dado que a sexualidade é muito mais do que a resposta biológica do prazer sexual.

No Esquema 27 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Percepção do orgasmo.

Esquema 27

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Percepção do orgasmo



b) Vivência emocional do prazer sexual

Esta categoria apresenta-nos os sentimentos que os entrevistados experimentam quando está em causa a capacidade de perceber o orgasmo. A distribuição de opiniões variou entre distintas emoções. O género prazer psíquico levou alguns sujeitos a descreverem-no como um acontecimento mais ao nível do seu interior, quase em termos de percepção cognitiva.

(...) é uma sensação de prazer mas é mais na cabeça. [S5]

(...) sentidas ao nível da cabeça, não dos órgãos genitais como antes. [S7]

(...) parece que sai da cabeça em vez de cá em baixo. [S35]

A eterna atracção que o orgasmo exerce nos indivíduos, pode ser explicada pela sensação entorpecedora e tranquilizante que provoca uma temporária desconexão da realidade.

de (Margolis, 2006). Segundo este autor, do ponto de vista psicológico, o orgasmo transporta consigo emoções verdadeiramente compensadoras para os sujeitos. Assim, o bem-estar e a exaltação, por norma, resultam em sentimentos de proximidade e ternura, benéficos à relação.

A corroborar esta ideia, os participantes reportaram felicidade, sensações agradáveis, esperança e aumento da auto-estima.

(...) fiquei muito feliz e fico sempre quando consigo. [S2]

(...) sinto assim uma espécie de bem-estar psicológico. [S23]

(...) fiquei cá com umas esperanças. [S11]

(...) senti-me muito menos miserável. [S35]

Por outro lado e, contrariamente ao exemplo dos sujeitos acima, houve quem negativasse esse momento, quer seja por ausência de sensibilidade e prazer físico, quer por sentir tristeza, alívio ou porque, simplesmente, revela não gostar, presentemente, do que sente nesse instante.

(...) nem tenho hipóteses de sentir... a minha medula 'tá cortada, não há passagem. [S31]

(...) não sinto prazer sexual, muito objectivamente. [S30]

(...) depois ainda fico mais triste. [S23]

(...) até parece um alívio quando tudo acaba. [S3]

(...) não gosto do meu orgasmo agora. [S3]

Kreuter et al. (2008) sugerem que, pela dificuldade de atingirem o orgasmo, estes indivíduos experienciam, diversas vezes, sentimentos de humor deprimido, baixa auto-estima e preocupações generalizadas. Referem, também, que a incapacidade de atingir o clímax está, na maior parte das vezes, relacionada com a ausência de sensibilidade.

Ainda, a satisfação com o prazer do parceiro, continua, ao longo do discurso, com um papel preponderante, como se os sujeitos, através do que percebem no outro, pudes-

sem evitar pensar no seu próprio prazer e se compensassem dessa forma (C. Alexander et al., 1993; Brown et al., 2006; L. Silva & Albertini, 2007; Mona et al., 2009).

(...) coisas assim parecidas pode ser assim uma grande satisfação de a ver a ter prazer... mais nada. [S12]

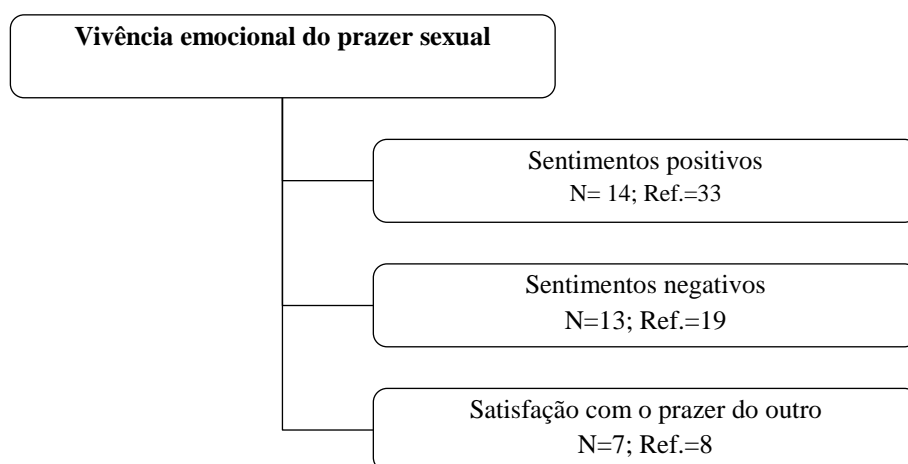
(...) sinto satisfação com a satisfação da minha mulher, nada mais. [S31]

(...) só fico com bem-estar psicológico quando dou orgasmo à minha parceira. [S33]

No Esquema 28 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Vivência emocional do prazer sexual.

Esquema 28

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência emocional do prazer sexual



c) Diferente com sentimentos de insatisfação

Fundamentalmente nesta categoria, os sujeitos revelaram que a percepção que possuem presentemente acerca do orgasmo, é que este é diferente do que estavam habituados. No geral, estas queixas assentaram em sentimentos de insatisfação, quer pela intensidade ser menor e causar diminuição do prazer sexual, quer pela dificuldade em consegui-lo.

(...) não sinto aquele prazer. [S3]

(...) não tão intenso como um orgasmo. [S6]

(...) só sinto porque é com muita teimosia. [S10]

(...) é assim... muito pouquinho. [S18]

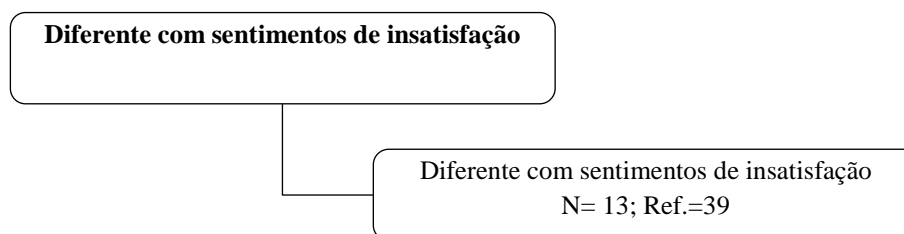
(...) não dá para estremecer e tal. [S20]

Dahlberg et al. (2007) observaram que existem uma clara diminuição da intensidade do prazer associado ao atingimento do orgasmo após uma lesão medular e que, por norma, seria mais fácil para os paraplégicos conseguirem chegar até ao orgasmo, do que para os sujeitos com tetraplegia. Sipski et al. (2005) apontou a utilização da estimulação vibratória como facilitador do orgasmo, sendo este um meio mais eficaz de resposta genital e do reflexo do orgasmo do que a estimulação manual. Importa mencionar que Courtois et al. (2008) chamaram à atenção para a possibilidade de ocorrerem situações graves de disreflexia autónoma no instante do orgasmo, sobretudo quando os sujeitos se esforçam demasiado para o atingir.

No Esquema 29 mostra-se a categoria conceptual que esteve na origem da categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação.

Esquema 29

Categoria conceptual que originou a categoria central Diferente com sentimentos de insatisfação



d) Comparação pré-lesão

De igual modo nesta questão os sujeitos referiram-se, comparativamente, às suas experiências prévias à lesão.

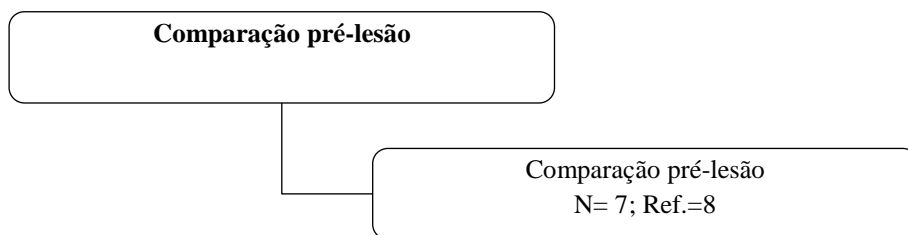
(...) não tem nada a ver com o que sentia antes. [S3]

As memórias que têm do que sentiam antes com o momento do orgasmo, quer sejam elas memórias falsas ou não, servem para estabelecer uma confrontação com o que vivem no presente. Em relação a este paralelismo, Kettl et al. (1991) e Fisher et al. (2002) referem que, normalmente, a tendência para comparar o que é sentido após a lesão com o que se viveu anteriormente, está bem patente nestes sujeitos e que o mais comum é, mesmo que ocorra orgasmo, ele ser conotado como diferente e distinto do anterior.

No Esquema 30 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão.

Esquema 30

Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão



e) Frequência da satisfação

Nesta categoria o discurso dos sujeitos reportou-se, em termos quantitativos, à ocorrência do orgasmo. Se para uns este ocorre apenas ocasionalmente, para outros, acontece com frequência e até com alguma facilidade. No entanto, importa referir que apenas uma pequena minoria revelou esta assiduidade e facilidade.

(...) infelizmente não é frequente. [S11]

(...) não acontece sempre. [S35]

(...) tenho orgasmos com frequência. [S1]

(...) normalmente chego lá com facilidade. [S2]

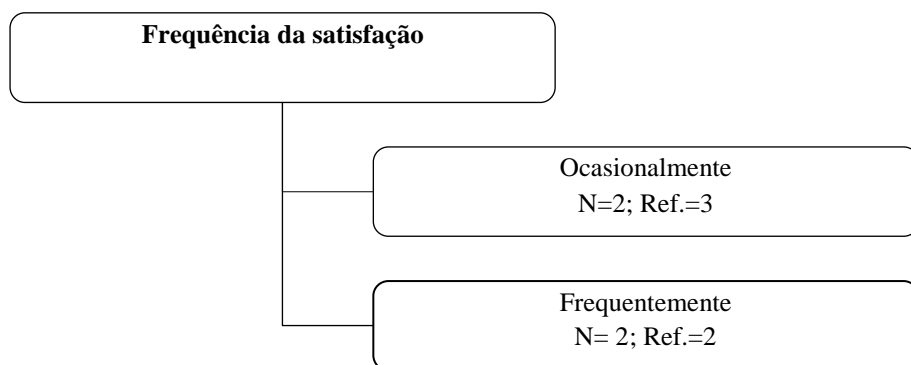
Faro (1991), Ferreiro-Velasco et al. (2005) e A. Carvalho et al. (2010) encontraram nas suas investigações uma clara diminuição na frequência do orgasmo, bem como na sua capacidade em o atingir (cerca de metade da amostras investigadas assumiu não ter or-

gasmos depois da lesão), e estas dificuldades não se encontram relacionadas com as características da lesão. Pelo contrário, McCabe e Taleporos (2003) advogam que a capacidade orgástica depende do nível e da extensão da lesão dado que existe a necessidade de o arco reflexo sagrado se encontrar intacto para que a percepção de orgasmo esteja evidente. Já Kreuter et al. (2008) defendem que pode ser possível atingir o orgasmo, nomeadamente, orgasmo tipo psicológico, se os bloqueios mentais decorrentes da lesão forem ultrapassados. Contudo, também estes autores sublinham que a ocorrência e frequência do orgasmo estão intimamente relacionadas com a sensibilidade genital.

No Esquema 31 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Frequência da satisfação.

Esquema 31

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Frequência da satisfação



Questão 7: “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?”

O objectivo da sétima pergunta era perceber quais as dúvidas que os lesionados medulares tinham acerca da sua vida sexual e que a experiência de outras pessoas na mesma situação pudesse ser útil para os esclarecer. É fundamental referir que muitos foram os sujeitos que, não respondendo directamente à questão e como tal não passíveis de serem categorizados, assinalaram não acreditar que houvesse algum lesionado medular com uma vida sexual satisfatória, como podemos verificar pelos exemplos seguintes:

(...) Satisfatória? Quem é que tem isso? Onde é que ele ‘tá? (risos) ... nã... para já acho que isso não existe e mesmo que existisse... cada caso é um caso... ‘né? A malta fala, mas todos temos problemas, ninguém ficou bom disso... há sempre um problema, por muito pequeno que seja. [S2]

(...) Se eu conhecesse algum que ‘tivesse feliz com o sexo pedia-lhe que me explicasse o que faz, claro... o problema... hum... o problema é que não ‘tou a ver nenhum que ‘teja bem com isso. [S10]

(...) Há alguém com actividade sexual satisfatória? Duvido! [S14]

(...) Eu não acredito que nenhum deles ‘teja satisfeito por isso não precisava de perguntar nada! [S18]

Da questão 7 surgiram 2 categorias centrais: a) Questões de domínio biofisiológico e b) Comparação pré-lesão.

a) Questões de domínio biofisiológico

Na década de noventa, C. Alexander et al. (1993) e Black, Sipski e Strauss (1998) reportaram que existem evidências que os sujeitos com lesão medular possuem menores índices de satisfação sexual do que pessoas sem deficiência física e no caso específico das mulheres, a satisfação com a sua sexualidade vai diminuindo ainda mais ao longo do tempo. Estes autores referem-se, ainda, que a insatisfação está relacionada com a prossecução do coito como factor essencial na relação sexual. Mais tarde, Dahlberg et al. (2007) concordam que a satisfação sexual destes indivíduos, comparada com outras populações saudáveis, se encontra claramente diminuída.

O discurso dos entrevistados nesta categoria central baseou-se em dúvidas do ponto de vista orgânico, do género da obtenção da satisfação, enquanto função e resposta sexual do tipo erecção, libido e orgasmo. Por exemplo, Sispski (2000) sugere que a busca para uma erecção consistente através de ajudas terapêuticas prende-se com o desejo de aumentar a satisfação sexual nestes sujeitos.

(...) será que é uma satisfação adaptada, como passou tudo a ser na nossa vida. [S4]

(...) o que se faz para a erecção e para sentir prazer. [S19]

(...) a minha preocupação foi mesmo saber como é que a pessoa conseguiu ter, lá está, uma relação dita normal para as coisas funcionarem. [S25]

Também Reitz et al. (2004) encontraram correlação entre o desejo e a satisfação com a vida sexual. Estes autores descreveram, ainda, que o orgasmo é uma componente de importância assinalável para os lesionados medulares que procuram a satisfação sexual. Tanto o surgimento do desejo, como o atingimento do orgasmo, são critérios que os lesionados apontam como importantes.

(...) como é que o desejo surgiu, se se obrigaram a isso ou se apareceu espontaneamente. [S16]

(...) se têm orgasmo. [S26]

Outra preocupação manifestada pelos participantes estava relacionada com o controlo de esfíncteres, que, segundo estes, poderia estar implicada numa boa ou má satisfação sexual.

(...) não tens medo de, no contacto sexual, acontecerem acidentes de perdas a nível urinário ou intestinal? [S6]

(...) se quando tirou a algália foi melhorando. [S34]

Efectivamente, alguns autores descrevem que o tratamento adequado da incontinência esfíncteriana pode melhorar substancialmente a satisfação sexual (Madorsky & Dixon, 1983; Valtonen et al., 2006). Pelo contrário, outros asseguram que problemas de ordem vesical não constituem um impedimento para reiniciar a vida sexual (Anderson, Borisoff, Johnson, Stien, & Elliott, 2007).

Questões que versam as ajudas terapêuticas, na sua maioria, a utilização de medicação via sistémica, estão, de igual modo, presentes no discurso dos lesionados.

(...) talvez se fale de medicação... de novidades a esse nível. [S7]

(...) se toma medicamentos para erecção e quais toma. [S11]

(...) se foi através de alguns medicamentos. [S29]

O uso de sildenafil, vardenafil ou tadalafil tem sido relacionado com uma melhoria da performance sexual em doentes com lesão medular, o que permitiu melhorar a sua qualidade de vida (Hultling et al., 2000), a sua função erétil e da satisfação das suas parceiras (Ramos e Samsó, 2004). No entanto, alguns autores apontam o tadalafil como opção recomendada nestes casos, dado que o potencial de acção não é alterado pelo nível e grau da lesão, parecendo ser a única opção terapêutica para os doentes que não obtiveram resposta com o sildenafil (Del Popolo et al., 2004).

Outras dúvidas relativamente às posições adequadas para a actividade sexual, resumiram-se ao conforto e à viabilidade.

(...) que posições possíveis de realizar? [S6]

(...) quais são as posições mais confortáveis. [S24]

Referindo-se às questões de mobilidade, Madorsky e Dixon (1983), sugerem que esta é uma preocupação comum para os lesionados medulares, dado que a forma como se movem no leito e os posicionamentos que assumem, podem ser determinantes para um processo pacífico durante o contacto sexual. Estas aprendizagens, segundo estes autores, devem ser adquiridas ainda durante o período de reabilitação geral, isto é, enquanto os sujeitos permanecem em internamento hospitalar.

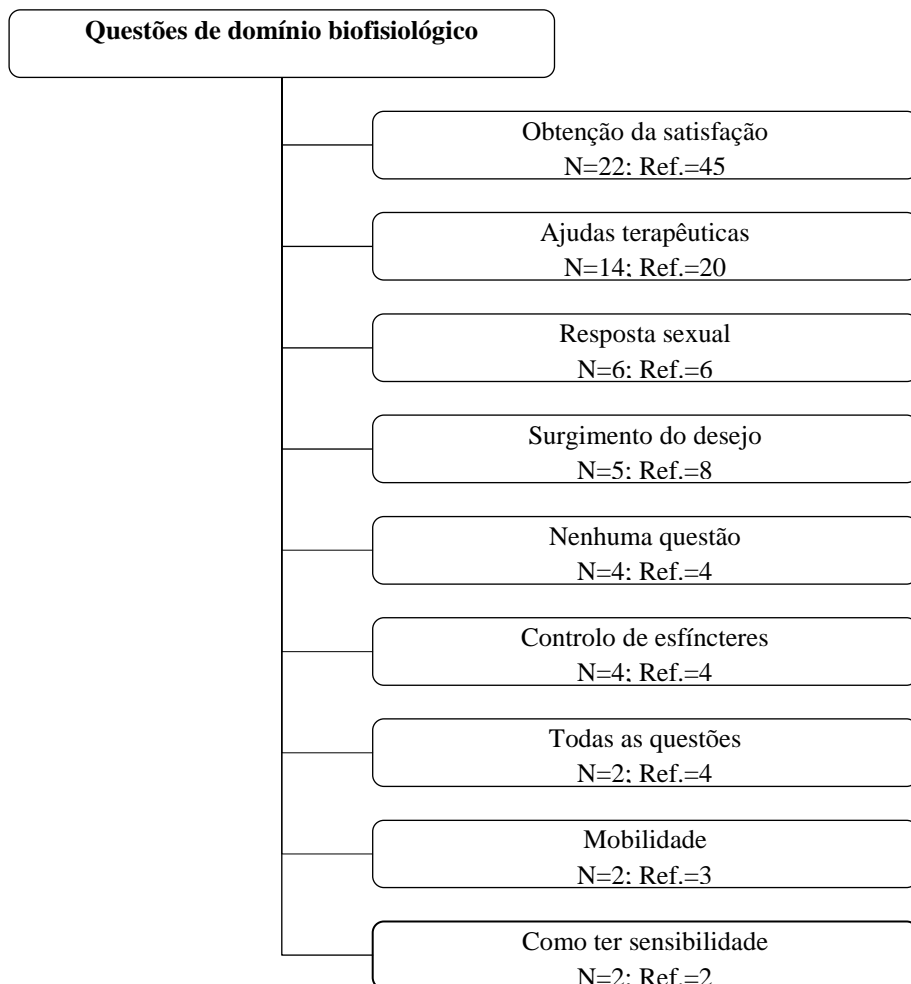
Por fim, alguns sujeitos revelaram não ter curiosidade, nem necessidade de colocar questões. Por exemplo, no caso do sujeito 3, parece que o facto de não querer conversar sobre esses temas poderá ter a ver com inibições de alguma natureza, talvez por considerar a sua sexualidade uma questão do foro íntimo (Milligan & Neufeldt, 2001): "(...)

eu para ser sincero não gostava de ter essa conversa.” Outros, em minoria e sem especificar, manifestaram vontade de perguntar tudo, como podemos observar o exemplo do sujeito 30: “(...) supondo que era mesmo realidade, iria perguntar tudo.”

No Esquema 32 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Questões de domínio biofisiológico.

Esquema 32

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Questões de domínio biofisiológico



b) Comparação pré-lesão

Uma vez mais a categoria Comparação pré-lesão encontra-se presente nas narrativas dos participantes. Neste caso, as perguntas a colocar aos outros lesionados seriam perguntas comparativas entre o presente e o passado, como podemos verificar nos discursos que se seguem.

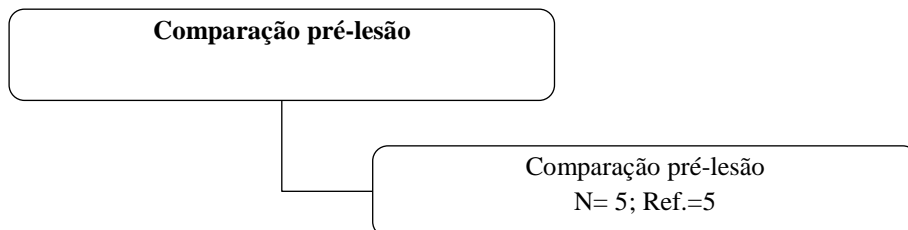
(...) se é como era antes, porque isso eu acho impossível. [S1]

(...) se é como era antes, porque isso eu acho impossível. [S9]

No Esquema 33 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão.

Esquema 33

Categoria conceptual que originou a categoria central Comparação pré-lesão



Questão 8: “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?”

A oitava questão pretendia averiguar, fundamentalmente, as necessidades de informação que os participantes possuíam relativamente à lesão medular, nos seus aspectos sexuais. Estão descritas as dificuldades de obtenção de informações e orientações e um melhor conhecimento das inibições, quer do doente, quer das equipas clínicas e das suas causas, através duma avaliação qualitativa das percepções existentes, poderá ajudar a implementar uma melhoria da intervenção na reeducação da vida sexual dos doentes com lesão medular.

S. Esmail et al. (2002) referem que determinados assuntos, como o amor romântico, a intimidade e a sexualidade, raramente são abordados em contexto hospitalar. Normalmente, é atribuída a condição de indivíduos assexuados à pessoa com deficiência, negligenciando as suas expressões de sexualidade como promotoras do auto-conceito e da auto-estima (Milligan & Neufeldt, 2001). É, no entanto, durante o período de reabilitação que surge a redescoberta sexual, pelo que as informações e orientações podem constituir um contributo importante para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação (A. Alves et al., 1999; Fisher et al., 2002).

Da questão 8 as categorias centrais apuradas foram a) Informações médico-terapêuticas e b) Comparação pré-lesão.

a) Informações médico-terapêuticas

Nesta categoria central, a maioria dos sujeitos relataram ter o desejo de obter esclarecimentos acerca de ajudas terapêuticas que pudessem potencializar a sua satisfação sexual, nomeadamente, ao nível da erecção consistente e eficaz para a prática do coito e da obtenção do orgasmo.

(...) se há novidades no que diz respeito a manter uma erecção consistente e eficaz para a penetração. [S7]

(...) o orgasmo, aquela sensação de antigamente... como é que se recupera. [S26]

De acordo com Spizzirri e Abdo (2010), o desejo sexual funciona como um gatilho preditivo de melhor recuperação sexual em portadores de lesão medular. Talvez por isso o discurso dos sujeitos tendam a perseguir soluções para aumentar o desejo:

(...) se há alguma maneira de aumentar a vontade. [S28]

Por outro lado, revelaram ainda, ter curiosidade acerca de eventuais técnicas alternativas para usufruírem do prazer sexual.

(...) se há mais alguma coisa sem ser aqueles medicamentos que já todos sabemos. [S12]

(...) se há consultas e ajudas para isso. [S20]

(...) explorar outras áreas que nos dêem mais gozo. [S32]

Para Sakellariou e Sawada (2006) experimentar e reinventar o significado da sexualidade, são aspectos fundamentais para o processo de uma boa adaptação a uma nova realidade sexual. Kellett (1990) sugere alguns temas que deveriam existir na prestação de orientações a estes indivíduos: educação sobre as perspectivas de recuperação e mecanismos sexuais, encorajamento para a mudança de atitude, por exemplo, aumento da comunicação de necessidades sexuais no relacionamento, e conselhos práticos sobre técnicas e meios auxiliares, incluindo medicação e explorações simbólicas. De facto, alguns sujeitos assinalaram a importância de serem esclarecidas dúvidas acerca das eventuais consequências danosas que a lesão medular possa ter na actividade sexual, bem como de estratégias a utilizar para minimizar esses danos.

(...) saber quais os perigos para a minha saúde...disreflexia e os vasos fecharem e ter aquela erecção... priapismo. [S8]

(...) gostava que me explicassem também porque é que há uns que sentem o pénis e têm erecção e eu não tenho nada disso. [S29]

Outro aspecto igualmente apontado foi a área da procriação medicamente assistida. A fertilidade nos lesionados medulares tem sido amplamente estudada, resultando no pressuposto radical que a maioria dos homens ficam inférteis (Brown et al., 2006; Brackett, Lynne, Ibrahim, Ohl, & Sønksen, 2010) e que as mulheres, em regra, não apresentam

diferenças significativas na fertilidade quando comparado com o período anterior à lesão (DeForge et al., 2005). Alguns entrevistados revelaram pretender terem mais conhecimentos acerca desta temática, deixando adivinhar o seu interesse futuro nessa possibilidade.

(...) o que acham de uma paraplégica tomar para si a responsabilidade de criar um filho. [S24]

(...) o que é que se faz se eu quiser congelar o meu esperma para um dia ter filhos. [S35]

Albright, Duggan e Rahman (2009), num estudo qualitativo com mulheres lesionadas medulares, observaram que nenhuma das 19 entrevistadas relataram baixa insatisfação de vida e que a maternidade após a lesão funcionou como um impulso positivo para o significado de vida, nas trajectórias de inserção, tipo social e profissional. Mais referiram que o facto de serem mães as ajudou na adaptação psicológica à doença.

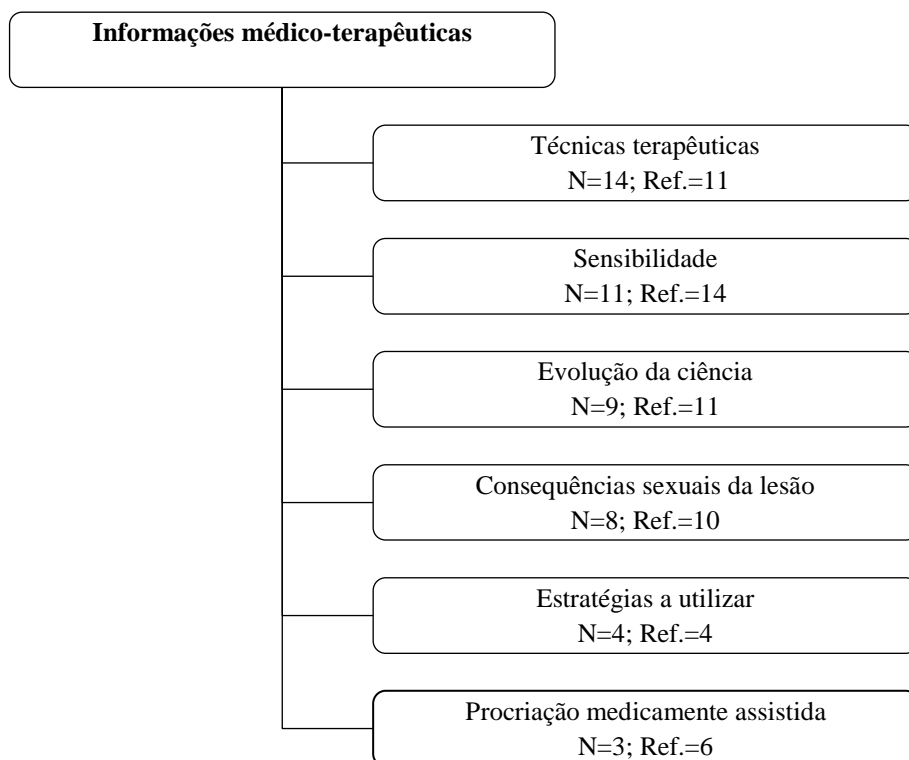
Iremashvili et al. (2010) chamam à atenção para os achados recentes que demonstram que a concentração de esperma, apesar de diminuir ligeiramente com a variável tempo, a qualidade não sofre alterações significativas, já que parâmetros como a contagem de espermatozóides apresentam-se estáveis. Alertam, ainda, que para este tipo de população, a congelação do sémen para a preservação da fertilidade, não está, portanto, indicada.

Por fim, é ainda de salientar que diversos autores revelam que os doentes com lesão medular manifestam interesse na informação durante o período de internamento, até mesmo durante a fase aguda (Miller, 1998; S. Esmail et al., 2002; Booth et al., 2003). Esta posição é confirmada pelo sujeito 33: “(...) porque é que não fazem programas de sensibilização e informação acerca dos problemas sexuais nas lesões medulares?”

No Esquema 34 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Informações médico-terapêuticas.

Esquema 34

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Informações médico-terapêuticas.



b) Comparação pré-lesão

À semelhança das questões anteriores, de igual modo a questão oitava foi motivo para comparação com o período anterior à lesão. Neste caso, os sujeitos canalizaram as questões para a busca da solução do problema, uma espécie de exercício milagroso ao questionarem a equipa clínica se poderiam voltar a ser o que eram, como pergunta o sujeito 3: “(...) será que vou ficar como era dantes?” Costa, Melo, Garanhani e Fuisawa (2010) encontraram nas narrativas dos doentes em acompanhamento que a esperança para a cura estava relacionada com a negação inicial, porém o regresso à realidade destruiu esse constructo e confrontava os sujeitos com as fragilidades da nova condição física.

Questão 9: “Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?”

A questão 9 pretendia apurar que tipo de sugestões os lesionados medulares em estudo sentiam como importantes para partilhar com outras pessoas na mesma condição clínica. Esta questão revelou-se, pelo tempo em que foi colocada, uma forma de observar, mais uma vez, as necessidades prioritárias e mais relevantes para os próprios, já que nos pareceu que os conselhos dados seriam questões para si mesmos.

Desta última questão do Momento II surgiram as categorias centrais a) Informações terapêuticas; b) Monitorização comportamental e emocional e c) Investimento relacional.

a) Informações terapêuticas

Nesta categoria, a maioria dos entrevistados aconselhou que outros sujeitos nas mesmas condições procurassem ajuda em primeiro lugar. Esta ajuda prendia-se com a obtenção de conselhos e orientações de profissionais ligados à temática.

(...) pedir conselhos aos profissionais que trabalham nessas áreas. [S1]

(...) eu digo a todos que é preciso falarmos com vocês para esclarecer tudo e depois é que devemos experimentar. [S10]

(...) levem os seus maridos e mulheres a consultas com pessoas que saibam disto. [S20]

(...) ter consultas para ser orientado. [S21]

Os problemas de ordem sexual na lesão medular são sobejamente conhecidos, porém não é comum fazerem parte da investigação para o diagnóstico, nem do planeamento terapêutico (Bitzer, Platano, Tschudin, & Alder, 2007). Forsythe e Horsewell (2006) lembram que o aconselhamento nas questões da sexualidade, poderia fazer muita diferença e trazer uma contribuição significativa para a reabilitação holística dos doentes com lesão medular. Na realidade, os lesionados medulares encontram-se, na maior parte, interessados em ter acesso a informações acerca da sua condição clínica e das consequências que esta, eventualmente, representará na sua vida prática (Vaidyanathan et al.,

2001), como podemos observar, por exemplo, pelo discurso dos sujeitos 27 “(...) é preciso pedir informações às equipas acerca da nossa lesão”, e 25 “(...) entender quais as limitações que poderia ter.”

Informações acerca do controlo de esfíncteres foram, também, assinaladas, embora por uma pequena minoria: “(...) o controlo da bexiga e do intestino são duas coisas fundamentais para ficarmos mais confiantes.” [S27]

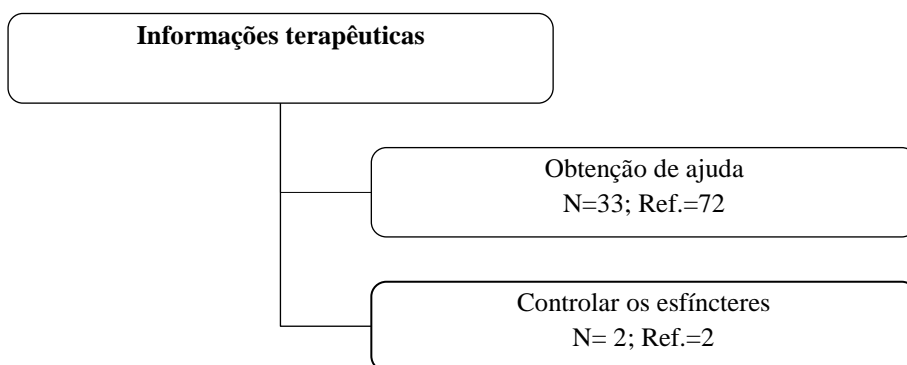
Em relação a este assunto, Anderson et al. (2007) sublinharam que os cuidados com a bexiga e os intestinos são uma variável importante para prever a ocorrência de angústia durante a actividade sexual, pelo que é necessária uma boa educação neste sentido.

Forsythe e Horsewell (2006) sugerem que a iniciativa de trocar impressões com outros indivíduos com lesão medular pode ser importante e útil para o sujeito esclarecer determinados aspectos.

No Esquema 35 mostram-se as categorias conceptuais que deram origem à categoria central Informações terapêuticas.

Esquema 35

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Informações terapêuticas



b) Monitorização comportamental e emocional

Nesta categoria os indivíduos demonstraram ser necessário algum tipo de controlo dos sentimentos, isto é, enfatizaram a importância de manter uma postura otimista perante a situação, adoptando diversos comportamentos de auto-regulação, como por exemplo, serem persistentes e confiantes, perderem as inseguranças próprias da situação e, até, terem fé.

Pereira e Araujo (2006) referem, de facto, que o pensamento positivo, portanto a atitude otimista, é uma estratégia de *coping* utilizada com frequência por estes sujeitos para colmatarem sentimentos de menos-valia.

(...) não pensar que vai correr mal logo de início. [S8]

(...) tem que se ter muita força de vontade para ultrapassar os medos. [S27]

(...) principalmente não se deixar ir abaixo. [S34]

Ainda segundo estes autores, a religiosidade é outro aspecto muito encontrado nos discursos e uma ferramenta de auxílio para a adaptação nas adversidades.

(...) é rezar para que as coisas fiquem um bocadinho melhores. [S18]

Dewar e Lee (2000) assinalam que as doenças catastróficas impelem os indivíduos a experimentarem três fases distintas, num processo contínuo, sem paragens. São elas a descoberta, o enfrentar da realidade e a gestão dessa realidade. O discurso dos sujeitos seguintes torna claro o processo de que os autores falam:

(...) aperceber-se das dificuldades que tem. [S3]

(...) assumir as limitações. [S26]

(...) avisar logo que já nunca mais vai ser como antes. [S18]

Esta noção das limitações e a aceitação implícita nos discursos, vai ao encontro da opinião de Amaral (2009). De acordo com a autora, a busca de equilíbrio ocorre segundo os desafios colocados em cada situação e não deve ser caracterizado pelo sofrimento que um auto-controlo rígido exige. No entanto, incentivar os sujeitos com lesão medular a analisar os eventos e a diminuir os seus efeitos negativos, pode ser um contributo positivo para uma adaptação adequada.

Outro aspecto indicado pelos lesionados medulares é a reaprendizagem de uma nova sexualidade e a auto-exploração, que deixa subjacente no discurso, o recurso a uma sexualidade alternativa. Cardoso (2006) aponta as zonas do corpo, frequentemente susceptíveis de serem estimuladas, como sendo, as zonas acima do nível da lesão, ou seja, aquelas áreas onde a sensibilidade permanece conservada. Daqui pode advir a desfocalização na prática do coito.

(...) que há vida sexual para além da lesão medular. [S7]

(...) que tentassem explorar outras formas de ter prazer. [S31]

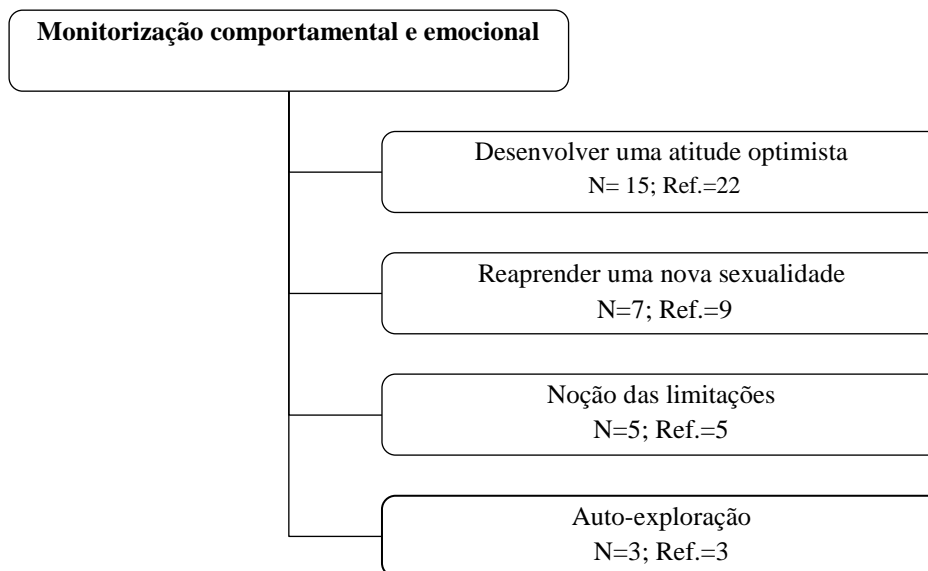
(...) ir tentando o mais possível descobrir novos prazeres. [S32]

(...) pode experimentar as coisas primeiro para ver como estão e depois dar essa informação à terapeuta. [S30]

No Esquema 36 mostram-se as categorias que originaram a categoria central Monitorização comportamental e emocional.

Esquema 36

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Monitorização comportamental e emocional



c) Investimento relacional

O investimento na relação é outro conselho que os lesionados medulares entrevistados dão a outros sujeitos na mesma condição. Do ponto de vista sexual, o investimento na exploração erótica é, segundo Kellett (1990), uma forma de aproximar os casais. Assim, através da estimulação das áreas sensitivas, o lesionado medular poderá experimentar momentos de prazer e bem-estar, chegando, inclusive, a reportar orgasmos psicológicos. Por outro lado, empenhar-se em dar prazer ao seu parceiro, promove a auto-estima e a segurança no sujeito com lesão (Kreuter, 2000).

(...) explorar ao máximo o corpo. [S32]

(...) tem que se experimentar tudo. [S33]

(...) prestar atenção ao prazer do outro. [S8]

Outro aspecto de salientar nos discursos apresentados, é o empenho na relação, em termos de proximidade emocional. Kreuter (2000) adverte para a possibilidade de os parceiros, após a lesão, funcionarem como cuidadores do doente, legando para segundo

plano o papel de amantes. Esta situação, segundo o autor, pode originar conflitos e afastamento entre o casal, alterando o equilíbrio e a dinâmica do relacionamento.

Para estes entrevistados, o diálogo e o suporte do parceiro, representam aspectos fundamentais para uma melhor adaptação à nova condição sexual.

(...) que aproveitasse a ajuda da mulher ou assim, se tivesse. [S22]

(...) antes de iniciar a actividade sexual falar abertamente com parceira sobre os receios e sobre as dificuldades. [S26]

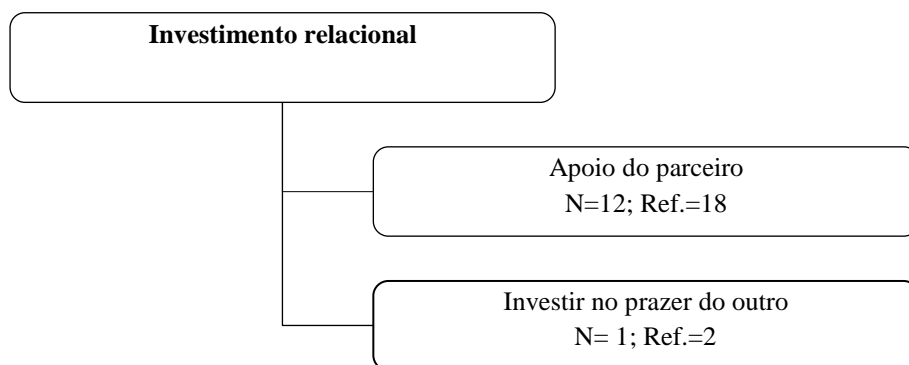
As limitações do parceiro com lesão medular não devem afectar os sentimentos de amor ou a qualidade do relacionamento do casal, como sugere o sujeito 21: “(...) é preciso haver muito amor para ultrapassar isto tudo e mais ainda as questões do sexo.”

A permanente busca da solidez numa relação amorosa após um evento desta natureza, é considerada indispensável para a superação de desafios e para a adaptação à nova situação (Beauregard & Noreau, 2009).

No Esquema 37 mostram-se as categorias conceptuais que estiveram na origem da categoria central Investimento relacional.

Esquema 37

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Investimento relacional



Decorrida a análise dos dados do Momento II, o passo seguinte foi dedicado à implementação do programa Mo-Re-Sex junto dos lesionados medulares que aceitaram participar nesta investigação.

4.4. Discurso do grupo

O discurso do grupo aparece como a última fase da *Grounded Theory*, construindo-se com base nas categorias centrais apuradas durante o Momento II. Neste sentido, e tendo como referencial a análise decorrente da apresentação dos resultados, bem como da discussão dos mesmos, foi possível construir o discurso do grupo participante, como se segue:

Por esta altura, a conceptualização da sexualidade gerava algumas confusões discordantes. Se por um lado havia a noção que a sexualidade poderia ser entendida como um conjunto de interacções emocionais e afectivas, onde a expressão de sentimentos e emoções entre o casal tomava a primazia, por outro lado, as referências ao acto sexual como único significado da expressão da sexualidade, estavam, igualmente, patentes.

Efectivamente, em si mesmos, os participantes identificaram claramente as alterações de ordem sexual que a lesão provocou. Essencialmente, as disfunções assinaladas prendiam-se com a diminuição da sensibilidade, sobretudo genital e, em termos do desempenho propriamente dito, avaliaram dificuldades severas na obtenção da erecção e na capacidade de atingir o orgasmo. As limitações físicas (variabilidade postural), foram, também, referenciadas como impedimento para a actividade sexual.

Por outro lado, em termos de impacto na relação afectiva, os sujeitos reportaram o aumento do diálogo entre o casal, porém, o abalo na auto-confiança e a percepção da diminuição de interesse sexual do parceiro, apresentam-se como condicionadores da relação, conferindo-lhe instabilidade, sobretudo pelo medo do abandono.

Para tentar colmatar estes sentimentos de insegurança, a vivência do prazer do outro como se do seu se tratasse, tornou-se o objectivo principal e conduziu os sujeitos ao

empenho no bem-estar sexual do parceiro, já que referem que perderam a capacidade de atingir momentos de auge sexual como anteriormente.

Contudo, mesmo apesar do investimento que utilizam como estratégia para diminuir os custos emocionais da sua nova condição, os indivíduos não deixam de experimentar sentimentos negativos aquando de um contacto sexual. A ameaça do fraco desempenho sexual assume importância quando a actividade sexual se torna num acontecimento gerador de ansiedade e despoleta estados depressivos e de insatisfação generalizada, provocando, inevitavelmente, uma vivência insatisfatória da prática sexual.

Na verdade, o discurso do grupo deixa transparecer a incapacidade de sentir o orgasmo como era conhecido anteriormente, como um impulso para atentar a outros detalhes previamente descurados, tais como, as sensações psicológicas derivadas de algum prazer semelhante ao orgasmo, que foi descrito como infrequente, diferente e, sobretudo, menos intenso e fugaz.

A atitude comparativa entre as experiências sexuais prévias ao evento traumático e o que vivenciavam nesta fase, esteve sempre presente ao longo do discurso do grupo. A nostalgia e o saudosismo de um “outro” sexual que foram em tempos, não os libertava para ultrapassarem o obstáculo e iniciarem uma nova etapa, aproveitando o valor residual e as potencialidades que possuíam.

Assim, suportados pela experiência que estavam a viver naquela fase da sua vida, a voz do grupo mostra a incredulidade de que outros lesionados medulares se sentissem satisfeitos com a sua vida sexual, pelo que desvalorizavam os testemunhos que, eventualmente, surgiam nesse sentido. No entanto, numa atitude curiosa apresentaram algumas questões que gostariam de ver respondidas por outros sujeitos na mesma condição. Estas questões prenderam-se com temas pragmáticos, designadamente, a forma como essa satisfação teria sido conseguida e se para tal foi necessário o recurso a ajudas terapêuticas.

Quanto à possibilidade de colocar dúvidas à equipa clínica, o grupo aproveitou a oportunidade para inquirir acerca do que mais o preocupava, direccionando a

necessidade de esclarecimentos para o tipo de apoios terapêuticos que pudessem potencializar a erecção e a recuperação de sensibilidade genital, deixando subjacente a ideia que depositavam alguma confiança na evolução da ciência.

Por fim, o grupo, na posse do conhecimento das suas necessidades mais prementes, deixou patente a importância de que todos os lesionados medulares que quisessem reiniciar a sua vida sexual, procurassem ajuda profissional no sentido de obterem orientações precisas. O conhecimento acerca da patologia e das eventuais consequências de ordem sexual que esta promove, juntamente com a troca de experiências com outros lesionados, são, igualmente, aspectos considerados fulcrais para dar início a uma nova reconstrução da sexualidade.

5. Momento III: Implementação do Programa Mo-Re-Sex

A implementação do programa Mo-Re-Sex, compreendeu diferentes níveis²¹, dos quais, a seguir, se apresenta uma súmula (Quadro 50), bem como a sua explicação alargada.

Quadro 50

Sumula do programa Mo-Re-Sex

Componentes	Módulos	Nº de sessões	Objectivos gerais	Nº de participantes
Componente formativa	Tema 1: Noções da patologia	3 (1/semana)	Dotar os participantes de conhecimentos que permitam:	5 grupos de 7 elementos cada
	Tema 2: Distinção entre sexualidade e actividade sexual	3 (1/semana)	- compreender a sua patologia e as consequências na vida sexual;	
	Tema 3: Alternativas para a resposta sexual	3 (1/semana)	- tomar contacto com a sexualidade humana;	
	Tema 4: Estratégias para uma nova sexualidade	3 (1/semana)	- conhecer estratégias e alternativas para melhorar a vida sexual	
Reunião de grupo	Tema 1: Esclarecimento de dúvidas	3 (1/semana)	Apoiar os participantes:	1 grupo de 35 elementos
	Tema 2: Análise e discussão de casos	3 (1/semana)	- no esclarecimento de eventuais dúvidas;	
	Tema 3: Partilha de Experiências	3 (1/semana)	- na partilha de situações reais;	
	Tema 4: Orientação para a intervenção	3 (1/semana)	- em sugestões específicas para a sua problemática	
Componente exploratória	Exploração 1: Tabela de zonas erógenas	1 trimestre	Fornecer aos participantes:	35 elementos (individual)
	Exploração 2: “Gatilhos” de excitação		- instrumentos de apoio para a descoberta de uma nova sexualidade	

²¹ A continuidade para o nível seguinte implica a frequência do nível anterior.

Componentes	Módulos	Nº de sessões	Objectivos gerais	Nº de participantes
Componente de intervenção	Desenho individual	1 trimestre	Fornecer aos participantes: - um plano de Intervenção individualizado, baseado no apuramento das suas próprias explorações	35 elementos (individual)

5.1. Constituição e divisão dos grupos

Inicialmente, para o programa educacional, os 35 participantes foram divididos em 5 grupos de 7 elementos cada, com um cronograma semanal, em que todos os grupos ocupavam um dia da semana diferente e cada um dos módulos a abordar tinha a duração de 9 horas, divididas por uma sessão de 3 horas semanais, perfazendo um total de 1 trimestre (tabela 31).

Tabela 31

Divisão dos grupos para o programa educacional dos lesionados medulares (7 elementos por grupo)

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5

Após este programa formativo, o grupo reuniu no seu número total (35) para formar aquilo a que se chamou Reunião de grupo. Esta componente teve, de igual modo, a durabilidade de um trimestre. Paralelamente ao período da Reunião de grupo, foi introduzida a componente exploratória, que adiante se esclarece.

5.2. Mo-Re-Sex: Componente informativa/educacional

O programa educacional, versou temáticas baseadas nas sugestões de Girolamo (1996), nos 3 primeiros níveis do Modelo PLISSIT²² de Annon (1981) e nos resultados apurados no Momento I e nos discursos dos sujeitos, referentes ao Momento II.

²² Permissão; Informações Limitadas e Sugestões Específicas.

Seguidamente sistematizam-se os módulos de formação, bem como os objectivos que lhes estão subjacentes.

5.2.1. Sessões e objectivos

Este primeiro módulo teve como objectivo elucidar os participantes acerca da fisiopatologia da lesão medular e das eventuais consequências que daí advém em termos da qualidade de vida, incluindo a vivência da sexualidade, contemplando os seguintes temas:

- 1) Noções da patologia
 - a) Lesão medular
 - i) Tipos, extensão e níveis
 - b) Consequências da patologia na qualidade de vida do sujeito e na sua sexualidade
 - i) Luto e adaptação
 - ii) O próprio, o parceiro, a relação
 - iii) Consequências de cariz sexual

O segundo módulo pretendeu esclarecer os participantes acerca da resposta sexual humana, das dificuldades encontradas na prática da actividade sexual após uma lesão medular e das complicações associadas a esta patologia e que, eventualmente, poderão perturbar o desenrolar das actividades de cariz sexual, com a seguinte ordem temática:

- 2) Distinção entre sexualidade e actividade sexual
 - a) Fisiologia da resposta sexual
 - b) Feminino e masculino
 - c) Complicações/dificuldades
 - i) Disfunção eréctil
 - ii) Anorgasmia
 - iii) Anejaculação
 - iv) Hipodesejo
 - v) Ausência de sensibilidade
 - vi) Hipersensibilidade

- vii) Saúde reprodutiva
- d) Possíveis complicações secundárias no desenrolar da actividade sexual
 - i) Controlo de esfíncteres
 - ii) Disreflexia autónoma
 - iii) Priapismo

O terceiro módulo teve como objectivo dotar os participantes de informações relativas às alternativas potenciadoras da resposta sexual que existem ao dispor, em termos de ajudas técnicas, providenciadas pelas equipas médicas. Foram, ainda, explicitadas as vantagens, contra-indicações e efeitos adversos de cada uma das alternativas, como se pode constatar nos tópicos discutidos:

- 3) Alternativas para a resposta sexual (“ajudas técnicas”)
 - a) Terapêutica oral
 - b) Terapêutica intravenosa
 - c) Bomba de vácuo
 - d) Próteses
 - e) Lubrificantes

O quarto módulo teve o propósito de apresentar junto dos lesionados medulares determinadas estratégias compensatórias para a exploração de uma nova sexualidade, através da descoberta de áreas alternativas:

- 4) Estratégias para uma nova sexualidade
 - a) Mapa de zonas erógenas
 - b) Exploração dos sentidos
 - c) “Gatilhos” de excitação

Por fim, a Reunião de grupo, visou permitir aos participantes o esclarecimento de dúvidas resultantes da formação educacional, a análise e discussão de casos reais e a troca de experiências. Este momento foi, ainda, privilegiado para dar sugestões e orientações relativamente à exploração de áreas potencialmente erógenas.

Reunião de grupo:

1. Esclarecimento de dúvidas
2. Análise e discussão de casos
3. Partilha de experiências
4. Orientação para a intervenção

As dúvidas que iam surgindo relativamente aos conteúdos abordados no nível formativo, prendiam-se, essencialmente, com as eventuais consequências que a lesão teria na função sexual, já que cada um dos sujeitos possuía determinadas particularidades ao nível, tipo e extensão da lesão medular, que implicava esclarecer individualmente.

A análise e discussão de casos reais foi útil, justamente, para, através de exemplos concretos, ilustrar-se as especificidades de cada indivíduo, contornar as suas dificuldades e potencializar as suas capacidades. Esta troca de experiências permitiu, ainda, eliminar situações de constrangimentos e inibições, comum ao tema, bem como adquirir a noção de que as questões de ordem sexual devem ser discutidas e analisadas de uma forma natural.

Durante o período da Reunião de grupo e, dado que os sujeitos estavam na posse dos instrumentos exploratórios (mapa de dermatomas, tabela de zonas erógenas e “gatilhos” de excitação), surgiram questões que necessitaram de orientações e sugestões específicas, com o objectivo de contornar alguns obstáculos, designadamente, dificuldades ao nível do controlo de esfíncteres e da mobilidade.

5.3. Mo-Re-Sex: Componente exploratória²³

5.3.1. Mapa de dermatomas

Conforme apresentado no Quadro 50, no final dos quatro módulos do programa educacional e ao mesmo tempo do início da Reunião de grupo, os participantes foram convidados a escolher num mapa, um leque de zonas potencialmente erógenas. Foi, então,

²³ O tempo para a obtenção desta informação não se pôde revelar rigoroso. Devido ao facto de os sujeitos apenas terem possibilidades para encontros do foro íntimo aos fins-de-semana, aquando da visita a suas casas, estendemos o prazo para o levantamento das zonas erógenas a um trimestre, colidindo com o final da Reunião de grupo.

facultado a cada um dos elementos uma figura de representação humana (mapa de dermatómos²⁴) (Figura 2), onde pudessem ser assinaladas, após auto e/ou hetero-exploração, áreas potencialmente erógenas. Apresenta-se de seguida um exemplo do mapa referido:

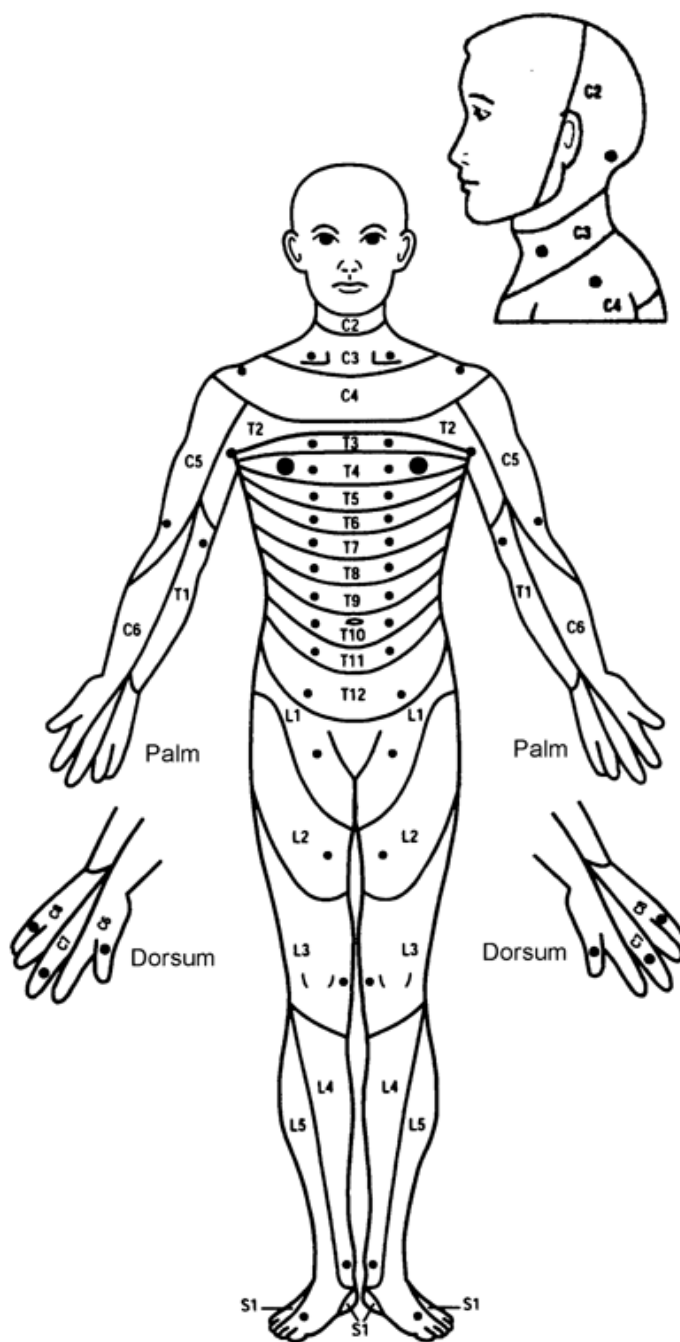


Figura 2 – Mapa de dermatómos para avaliação de áreas erógenas.

²⁴ Denomina-se dermatómo o território cutâneo inervado por fibras de uma raiz nervosa. O dermatómo recebe o nome da raiz que o inerva.

5.3.2. Tabela de zonas erógenas

Foi fornecida, simultaneamente com o mapa anterior, uma tabela com treze áreas-chave e uma área livre, onde poderiam proceder ao registo das áreas potencialmente erógenas, com quatro padrões de escolha, variável entre o “nada erógeno” e o “muito erógeno” (Tabela 32):

Tabela 32

Tabela de anotação de zonas potencialmente erógenas

Zonas	Nada	Pouco	Razoável	Muito
Cabeça				
Boca				
Orelhas				
Pescoço				
Nuca				
Ombros				
Braços				
Mãos				
Mamilos				
Ventre				
Pernas				
Pés				
Área genital				
Outras Quais?				

5.3.3. “Gatilhos” de excitação

A juntar ao levantamento das áreas potencialmente erógenas para estimulação, considerámos questionar acerca de eventuais “gatilhos” de excitação de ordem mais subjectiva, com o propósito de utilizar essa informação como meio acessório nas orientações individuais. Assim, utilizámos a representação imagética, auditiva, ambas ou nenhuma delas, como potencializadoras de excitação psicológica, através da seguinte questão:

Qual destas duas representações considera potencialmente excitante para si?

Palavras Imagens Ambas Nenhuma delas

5.4. Apresentação dos resultados

Apresentam-se de seguida os resultados apurados relativos ao exercício que os lesionados medulares levaram a cabo, na descoberta do que serão as suas áreas erógenas a serem preferencialmente estimuláveis, bem como as escolhas relativamente aos “gatilhos” de excitação.

Cabeça (couro cabeludo):

O “nada” e o “pouco” foram reportados por 9 sujeitos, enquanto 12 escolheram o “razoável” e 5 o “muito” erógeno, para a estimulação do couro cabeludo (Tabela 33).

Tabela 33

Zona erógena – cabeça (couro cabeludo)

Zona erógena – cabeça (couro cabeludo)	Frequência	%
Nada	9	25,7
Pouco	9	25,7
Razoável	12	34,3
Muito	5	14,3
Total	35	100,0

Boca (lábios e língua):

A maioria dos entrevistados (28 indivíduos) escolheu a boca como uma zona “muito” erógena. Seguidos por 5 participantes que a consideraram “razoável” e 2 “nada” erógeno (Tabela 34).

Tabela 34

Zona erógena – boca (lábios e língua)

Zona erógena – boca (lábios e língua)	Frequência	%
Nada	2	5,7
Pouco	0	0,0
Razoável	5	14,3
Muito	28	80,0
Total	35	100,0

Orelhas (lóbulo e área circundante):

“Nada” erógeno foi a opinião de 5 lesionados medulares, enquanto 6 consideram “pouco”, 8 disseram ser razoável e 16 assumiram que as carícias nas orelhas é “muito” estimulante (Tabela 35).

Tabela 35

Zona erógena – Orelhas (lóbulo e área circundante)

Zona erógena – Orelhas (lóbulo e área circundante)	Frequência	%
Nada	5	14,3
Pouco	6	17,1
Razoável	8	22,9
Muito	16	45,7
Total	35	100,0

Pescoço:

Em relação ao pescoço, 2 dos participantes consideraram-no “nada” erógeno, 4 “pouco”, 11 “razoável” e 18 “muito” erógeno (Tabela 36).

Tabela 36

Zona erógena – Pescoço

Zona erógena – Pescoço	Frequência	%
Nada	2	5,7
Pouco	4	11,4
Razoável	11	31,4
Muito	18	51,4
Total	35	100,0

Nuca:

Relativamente à zona da nuca, 10 sujeitos revelaram achar “nada” e “pouco” erógena, enquanto 7 disseram ser “razoável” e 8 referiram ser “muito” erógena (Tabela 37).

Tabela 37

Zona erógena – Nuca

Zona erógena – Nuca	Frequência	%
Nada	10	28,6
Pouco	10	28,6
Razoável	7	20,0
Muito	8	22,9
Total	35	100,0

Ombros:

Catorze entrevistados consideraram que os ombros não são “nada” erógenos, 6 disseram serem “pouco”, 12 concordaram que é uma zona “razoável” e 3 indivíduos revelaram achar “muito” erógeno (Tabela 38).

Tabela 38

Zona erógena – Ombros

Zona erógena – Ombros	Frequência	%
Nada	14	40,0
Pouco	6	17,1
Razoável	12	34,3
Muito	3	8,6
Total	35	100,0

Braços:

Quanto aos braços, 18 lesionados medulares revelaram considerá-los “nada” erógenos, 9 “pouco”, 6 “razoável” e 2 “muito” erógenos (Tabela 39).

Tabela 39

Zona erógena – Braços

Zona erógena – Braços	Frequência	%
Nada	18	51,4
Pouco	9	25,7
Razoável	6	17,1
Muito	2	5,7
Total	35	100,0

Mãos:

Em relação às mãos, 17 participantes referiram considerar as mãos “nada” erógenas”, 11 apontaram-nas como “pouco” erógenas, 5 como “razoável” e 2 disseram ser uma área que consideram erógena (Tabela 40).

Tabela 40

Zona erógena – Mãos

Zona erógena – Mãos	Frequência	%
Nada	17	48,6
Pouco	11	31,4
Razoável	5	14,3
Muito	2	5,7
Total	35	100,0

Mamilos:

Com referência à zona mamilar, 9 pessoas relataram considerar “nada” erógena, 2 disseram ser “pouco”, 10 apontaram como “razoável” e 14 acham esta zona “muito” erógena (Tabela 41).

Tabela 41

Zona erógena – Mamilos

Zona erógena – Mamilos	Frequência	%
Nada	9	25,7
Pouco	2	5,7
Razoável	10	28,6
Muito	14	40,0
Total	35	100,0

Ventre (barriga e área pré-púbica):

Quanto à zona do ventre, 14 sujeitos consideraram-na “nada” erógena, 2 “pouco”, 14 “razoável” e 5 “muito” erógena” (Tabela 42).

Tabela 42

Zona erógena – Ventre (barriga e área pré-púbica)

Zona erógena – Ventre (barriga e área pré-púbica)	Frequência	%
Nada	14	40,0
Pouco	2	5,7
Razoável	14	40,0
Muito	5	14,3
Total	35	100,0

Pernas:

Relativamente às pernas, 28 indivíduos responderam “nada”, 5 “pouco” e 2 “razoável”, quando inquiridos se esta área representava uma zona erógena (Tabela 43).

Tabela 43

Zona erógena – Pernas

Zona erógena – Pernas	Frequência	%
Nada	28	80,0
Pouco	5	14,3
Razoável	2	5,7
Muito	0	0,0
Total	35	100,0

Pés:

Para os pés, 30 lesionados medulares apontaram “nada”, para 3 é “pouco”, para um situa-se em “razoável” e outro em “muito” (Tabela 44).

Tabela 44

Zona erógena – Pés

Zona erógena – Pés	Frequência	%
Nada	30	85,7
Pouco	3	8,6
Razoável	1	2,9
Muito	1	2,9
Total	35	100,0

Genitais:

Referindo-se aos genitais, 18 sujeitos disseram “nada”, para 3 é “pouco”, 4 disseram ser “razoável” e 10 assumiram ser uma área “muito” erógena (Tabela 45).

Tabela 45

Zona erógena – Genitais

Zona erógena – Genitais	Frequência	%
Nada	18	51,4
Pouco	3	8,6
Razoável	4	11,4
Muito	10	28,6
Total	35	100,0

Outras:

Relativamente à opção *outras*, 32 participantes não fizeram referência a mais “nenhuma” área, enquanto um se referiu ao cérebro como zona erógena e 2 às costas (Tabela 46).

Tabela 46

Zona erógena – *outras*

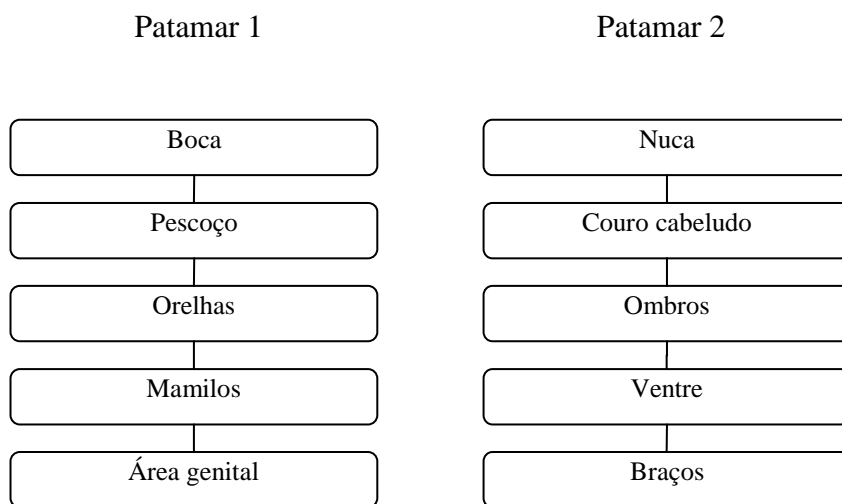
Zona erógena – Outras	Frequência	%
Nenhuma	32	91,4
Cérebro	1	2,9
Costas	2	5,7
Total	35	100,0

Para uma melhor compreensão e utilização ulterior, estes resultados foram divididos em dois patamares de estimulação. O primeiro patamar focou a componente física, ou seja, as áreas de identificação da excitabilidade e da função sexual. O segundo patamar descreveu a componente psicológica, do prazer subjectivo, isto é, a identificação da sexualidade, os sentidos, a intimidade.

Para as zonas erógenas mais e menos representativas, observamos no patamar 1, em primeiro lugar, como zona erógena de preferência, os participantes apontaram a boca. O pescoço surgiu em segundo lugar. As restantes escolhas, por ordem de satisfação, distribuíram-se entre orelhas, mamilos e área genital. No patamar 2, a preferência centrou-se na estimulação da área da nuca, logo seguido pelo couro cabeludo. As zonas com menor implicação satisfatória foram os ombros, o ventre e, em últimos lugar, os braços. (Esquema 38).

Esquema 38

Patamares das componentes física e psicológica das zonas erógenas



Relativamente aos “gatilhos” de excitação, os resultados apurados revelaram que 25,7% dos inquiridos consideram as “palavras” um gatilho de excitabilidade, 11,4% preferem as “imagens” e, por fim, 62,9% assumem que as duas situações juntas promovem maior excitação (Tabela 47).

Tabela 47

“Gatilhos” de excitação de ordem subjectiva

Zona erógena – Outras	Frequência	%
Nenhuma	0	0,0
Palavras	9	25,7
Imagens	4	11,4
Ambas	22	62,9
Total	35	100,0

5.5. Mo-Re-Sex: Componente de intervenção

A partir deste instante estavam reunidas as condições para a elaboração do desenho individual do Mo-Re-Sex, ou seja, o último nível do Modelo PLISSIT²⁵ de Annon (1981). Com base na terapia *Dual-Sex*²⁶, foi fornecido aos participantes²⁷ o mapa de dermatomas resultante do apuramento individual das zonas que identificaram como eventualmente passíveis de estimulação, bem como informações adicionais relacionadas com o apuramento de outros aspectos excitatórios.

5.5.1. O desenho individual

Após o período de reuniões com cada um dos sujeitos, para fornecer o desenho individual com orientações e sugestões específicas, em alguns casos no espaço hospitalar, noutros casos em deslocação à sua residência, conforme se revelou mais conveniente para ambas as partes, foi contemplado um tempo para a sua concretização. Esse período teve a duração de um trimestre, em que foi pedido aos participantes que se empenhassem na descoberta de uma nova sexualidade, mediante o que foi apreendido no plano

²⁵ Terapia Intensiva.

²⁶ Aconselhamento do casal como uma unidade (Masters & Johnson, 1976). Esta fase teve a colaboração, ainda que pontual, de um médico fisiatra que monitorizava as necessidades de meios terapêuticos de cariz fisiológico (medicação, meios mecânicos).

²⁷ Os 2 sujeitos que não tinham parceiro à data da intervenção, obtiveram, de igual modo, um plano de intervenção individual, para eventual utilização posterior.

educacional, na reunião de grupo e nas áreas corporais erógenas e “gatilhos” de excitação que emergiram das suas escolhas.

Este empenho, presumia algumas etapas e exercícios que versavam trabalhar as emoções e transformar o momento de intimidade numa entrega de descoberta, inicialmente com carícias sem cariz sexual e, à medida que esses momentos se tornassem mais frequentes, deveriam passar para o patamar seguinte, tornando-o progressivamente mais erótico, atingindo, finalmente, a consumação sexual tal como o casal a entenderia. No final de cada etapa decorreu uma sessão de esclarecimento e orientação entre o casal e a investigadora.

Os sujeitos foram, ainda, encorajados a utilizar outros meios, nomeadamente visualização de filmes eróticos, utilização de roupas sensuais, cremes para massagem e criação de ambientes românticos, tal como sugerido por Annon (1981). No fundo, apelou-se à criatividade, através de diversos adereços complementares que não eram utilizados anteriormente. Nesta fase, cerca de 30% dos lesionados pediram auxílio de medicação por via sistémica para potencializar a erecção, embora em cerca de 80% dos casos esta ajuda não se tivesse demonstrado eficaz. Dois sujeitos viram, assim, na medicação administrada, um meio de obter erecção durante esses exercícios.

5.6. Síntese do programa Mo-Re-Sex

Este Modelo de Reabilitação Sexual comporta pontos-chave que obedecem a uma estrutura própria, ou seja, cada um dos níveis deve ser cumprido antes que se passe ao nível seguinte. Os técnicos deverão certificar-se que elaboram um levantamento das necessidades relacionadas com a sexualidade dos lesionados medulares, para posteriormente construírem um plano formativo direccionado para colmatar essas necessidades de formação, bem como a constituição de um grupo de discussão.

Após o período educacional e paralelamente à constituição da Reunião de grupo, o apuramento de novas estratégias de estimulação sexual torna-se relevante à mudança comportamental que se pretende. A elaboração do desenho individual, permite objectivar a intervenção para cada um dos sujeitos.

Por fim, a avaliação do programa deve fechar o ciclo, embora possa ser necessário voltar atrás a alguma das componentes prévias, de forma a esclarecer eventuais dúvidas ou insistir em determinados aspectos que possam permanecer disfuncionais.

Nesta investigação, decorrido este período²⁸ a que podemos chamar de descoberta de uma nova sexualidade, os 35 participantes foram chamados a responder a uma nova entrevista semi-estruturada que, fundamentalmente, pretendia, através dos discursos, auscultar as eventuais mudanças que o programa Mo-Re-Sex provocou. Assim, surge o Momento IV que se apresenta seguidamente.

²⁸ Na sua globalidade, a implementação do programa Mo-Re-Sex, teve uma duração de 12 meses.

6. Momento IV: Vivência da sexualidade após implementação do programa Mo-Re-Sex

6.1. Entrevista semi-estruturada II

Através da construção do guião de entrevista semi-estruturada II, constituído por três questões abertas, pretendemos auscultar as eventuais mudanças que o programa reabilitador exerceu na sexualidade dos participantes.

6.2. Apresentação dos resultados

No quarto momento (após a implementação do programa Mo-Re-Sex), as três questões colocadas aos participantes deram origem a nove categorias centrais, que apresentamos hierarquicamente, de acordo com a significância encontrada.

Questão 1: “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na visão da sexualidade?”

Nas entrevistas do Momento IV, após a implementação do programa Mo-Re-Sex, a primeira questão deu origem às categorias centrais a) Aquisição de novos conhecimentos e b) Focalização na obtenção da satisfação.

a) Aquisição de novos conhecimentos

Esta categoria demonstrou que os sujeitos consideram que as principais mudanças que o programa de reabilitação operou na visão da sexualidade prenderam-se com alterações de conhecimento, ou seja, a integração de noções e reflexões acerca do tema que anteriormente teriam sido adquiridas e se mantinham estanques em vertentes de ordem socio-cultural e educativa.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Compreensão do conceito de sexualidade; b) Sexualidade como característica humana; c) originou novos conhecimentos; d) manifesta-se sob diversas formas; e) característica de carácter

permanente; f) Sexualidade como característica evolutiva; g) Sexualidade como realização pessoal e h) Aceitação da sexualidade na deficiência.

No Quadro 51 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Aquisição de novos conhecimentos, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 51

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Aquisição de novos conhecimentos

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			36	21
Compreensão do conceito de sexualidade	Distinção entre actividade sexual e sexualidade	S3: separar as duas coisas, sexo e sexualidade S5: que a sexualidade não tem nada a ver com ter relações	31	19
	Sexualidade para além do genital	S4: sexualidade não é só pensar na erecção e na penetração S9: a sexualidade não é só sentir o pénis e ter erecção	5	3
			23	15
Sexualidade como característica humana	Uma particularidade de cada indivíduo	S13: todos temos S35: todos temos a nossa própria sexualidade independentemente de termos mulher ou não	14	10
	Do interior de cada um	S1: eu tenho sexualidade dentro de mim	7	7
	Coisa íntima	S11: entendi a sexualidade como uma coisa muito íntima	1	1
	Comum a todos nós	S35: é uma coisa comum a toda a gente	1	1
			23	14
Originou novos conhecimentos	Transformou conceitos	S6: transformou a minha ideia de sexualidade a dois S8: Tinha pra mim que eram precisas duas pessoas para haver sexualidade	7	6
	Alargou horizontes	S2: alargou os meus horizontes	6	5
	Novas aprendizagens	S3: aprendi muitas coisas que não sabia e pensava que sabia	5	4
	Deu esclarecimentos	S3: 'tou mais esclarecido	4	4
	Reflexão interior	S16: obrigou-me a reflectir sobre a minha própria sexualidade	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Manifesta-se sob diversas formas			18	13
	Mostra-se de muitas maneiras	S8: as sexualidades são muito mais alargadas do que se pode imaginar S3: pode ser composta por uma data de características	9	6
	Presente nas atitudes e comportamentos	S12: tem a ver com as nossas atitudes S12: tem a ver com os nossos comportamentos	5	3
	Para além do racional	S26: possui outros conteúdos para além do racional	1	1
	Para além do palpável	S26: tem outras coisas para além do palpável e do visível aos olhos	1	1
	Tudo é sexualidade	S29: percebo que tudo pode ser sexualidade	1	1
	Faz parte do pensamento	S30: que o desejo está na nossa cabeça	1	1
Característica de carácter permanente			6	4
	Acompanha sempre a pessoa	S5: podemos ter sexualidade sempre S12: existe sempre dentro de mim	5	4
	Mantém-se após a lesão	S25: a sexualidade não se perde no momento da lesão	1	1
Sexualidade como característica evolutiva			4	2
	Evolui com o sujeito	S26: a sexualidade evolui comigo	4	2
Sexualidade como realização pessoal			2	2
	Realização e felicidade	S28: a sexualidade também nos pode dar felicidade	2	2
Aceitação da sexualidade na deficiência			2	2
	Existe sexualidade nos deficientes	S9: Agora aceito que uma pessoa assim como eu tenha sexualidade	1	1
	Direito à sexualidade	S24: Comecei a atribuir o direito da sexualidade às minorias	1	1

Em Compreensão do conceito de sexualidade, 21 indivíduos, por 36 vezes, relataram que este programa os ajudou a distinguir conceitos, nomeadamente a sexualidade e actividade sexual, e que a sexualidade não se resume a questões do foro genital.

Relativamente à categoria Sexualidade como característica humana, 15 sujeitos, em 23 momentos revelaram que a sexualidade passou a ser entendida como uma característica do ser humano, comum a todas as pessoas e fazendo parte do interior de cada um.

A categoria conceptual Originou novos conhecimentos, surge mencionada em 23 ocasiões, por 14 pessoas. Nesta categoria os participantes assumem que o programa transformou a forma como antes encaravam as questões da sexualidade, alargando os horizontes e esclarecendo dúvidas que existiam.

Na categoria Manifesta-se sob diversas formas, 13 indivíduos, em 18 circunstâncias, integraram que a sexualidade se manifesta de diversas formas, estando presente nas atitudes e nos comportamentos do ser humano, em suma, tudo pode ser sexualidade.

A Característica de carácter permanente revela que 4 sujeitos, em 6 ocasiões, assumem que a sexualidade é uma característica permanente e não desaparece após uma lesão medular.

A categoria Sexualidade como característica evolutiva, foi apontada por 2 participantes, por 4 vezes, que acreditam que à medida que o ser humano se desenvolve, a sexualidade acompanha-o nesse desenvolvimento.

Em Sexualidade como realização pessoal, 2 sujeitos, em 2 momentos assumem que o programa lhes trouxe realização e felicidade na visão da sexualidade.

A categoria Aceitação da sexualidade na deficiência, surge mencionada 2 vezes, por 2 participantes, que referem que a após o programa descobriram ser possível haver sexualidade, apesar da deficiência, assim como, o direito de a ter.

b) Focalização na obtenção da satisfação

Esta categoria sugere que os sujeitos, após a aplicação do modelo reabilitador, direccionaram a sua atenção para a obtenção do prazer e da satisfação sexual, através de práticas de exploração e do recurso às fantasias para potencializar o desempenho.

Esta categoria central emergiu das categorias conceptuais: a) Exploração erógena; b) Fantasiar; c) Investimento no próprio prazer e c) Desinibição.

No Quadro 52 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Focalização na obtenção da satisfação, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 52

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Focalização na obtenção da satisfação

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
			25	16
Exploração erógena	Alternativas para aumentar a satisfação sexual	S28: mostrou outras opções que podemos ter nestas condições S29: mostrou as muitas alternativas que existem para 'tarmos satisfeitos com a nossa sexualidade	17	15
	Mais ferramentas para obter satisfação	S17: há técnicas que a gente pode usar para a nossa satisfação e termos uma vida sexual melhor S19: deu-me mais ferramentas	4	3
	Incentivo a novas experiências	S20: incentivou-me a procurar outro tipo de experiências	4	3
Fantasiar			4	4
	Usar o pensamento	S18: pode ser até através do pensamento só	2	2
	Usar a imaginação	S5: Saber imaginar	2	2
Investimento no próprio prazer			4	2
	Pensar mais no próprio prazer	S6: Ensinou-me a pensar muito mais no meu prazer	2	2
	Beneficiar com a nova sexualidade	S6: Ensinou-me a aproveitar o que me resta em meu próprio benefício	2	1
Desinibição			2	1
	Desinibição para a actividade sexual	S32: Fez com que eu me libertasse mais sexualmente	2	1

Na categoria Exploração erógena, por 25 vezes, 16 participantes, narraram que o programa lhes conferiu alternativas para o aumento da satisfação sexual, assim como os dotou de mais ferramentas para o mesmo objectivo e incentivou à busca de novas experiências.

A categoria conceptual Fantasiar, revela que 4 indivíduos, em 4 circunstâncias, assumiram ter passado a usar o pensamento e a imaginação nas questões de ordem sexual.

O Investimento no próprio prazer, surge 4 vezes, dito por 2 pessoas, que revelam ter começado a pensar mais no prazer próprio e a tirarem benefício desta nova sexualidade.

A categoria Desinibição revelou 1 sujeito, que por 2 vezes contou sentir-se mais desinibido para a actividade sexual desde a implementação do programa.

Questão 2: “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”

As categorias centrais apuradas na questão 2 do terceiro momento foram a) Técnicas de recuperação da sexualidade; b) Recuperação da auto-estima e c) Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos.

a) Técnicas de recuperação da sexualidade

Nesta questão, a primeira categoria central revelou que os participantes, após a aplicação do modelo, utilizaram as aprendizagens para salientarem a importância da vida sexual e, assim, despertarem para novas modalidades de vivenciar essa sexualidade, adquirindo mecanismos para a potencializar.

Desta categoria central surgiram as categorias conceptuais a) Exploração erógena; b) Investimento no próprio prazer; c) Readquirir o desejo sexual; d) Iniciativa sexual; e) Aumento da satisfação sexual e f) Melhorou a relação amorosa.

No Quadro 53 apresenta-se uma sistematização das categorias conceptuais e descritivas que deram origem à categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 53

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Exploração erógena			95	30
	Alternativas para aumentar a satisfação sexual	S2: Aprendi outras maneiras de estimular outras zonas do corpo S5: Temos muitas outras coisas para fazer e eu adoro fazê-las	52	23
	Explorar novos prazeres	S6: ensinou-me a explorar sozinho as minhas fantasias S7: procuro outras formas de ter mais prazer	24	17
	Incentivo a novas experiências	S4: em ter outras experiencias, outras práticas	10	9

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
	Mais ferramentas para obter satisfação	S7: aprendi outras técnicas que melhoram o meu prazer S10: por em práticas novas técnicas sem tabus	9	8
			42	22
Investimento no próprio prazer sexual	Pensar mais no próprio prazer	S4: estou muito mais interessado em saber quais são os sítios que me podem dar prazer S12: O principal que mudou foi eu tomar mais atenção ao meu prazer	35	21
	Conduzir as acções do outro para ter mais prazer	S12: digo-lhe para fazer isto ou aquilo que gosto mais ou onde gosto mais	7	7
Readquirir o desejo sexual			13	6
	Despertar o desejo	S21: Tive aumento do desejo S29: tenho mais vontade em começar uma relação sexual	10	5
	Maior interesse pela actividade sexual	S14: passei a ter mais interesse do que tinha	3	3
Iniciativa sexual			13	7
	Desinibição para a actividade sexual	S33: ando a pensar em desinibir-me mais S34: Deu-me coragem para avançar	13	7
Aumento da satisfação sexual			5	5
	Maior satisfação sexual	S1: 'Tou mais satisfeito S10: estou muito mais satisfeito agora	4	4
	Mais prazer	S21: tenho mais prazer	1	1
Melhorou a relação amorosa			3	2
	Mais atenção ao parceiro	S1: estou mais preocupado com ela	2	2
	Abertura para o diálogo com o parceiro	S1: aos poucos fui falando e perguntando também o que é que estava do lado de lá	1	1

Na categoria Exploração erógena, 30 participantes, por 95 vezes, assumiram que este programa lhes mostrou alternativas e instrumentos para aumentarem a sua satisfação, bem como a vontade de explorar novos prazeres e terem outras experiências.

Relativamente à categoria Investimento no próprio prazer, 22 indivíduos, em 42 ocasiões, disseram que o programa lhes fez pensarem mais no seu próprio prazer em detri-

mento do prazer do outro, como acontecia anteriormente. Para além disso, confessaram que passaram a direccionar os comportamentos do parceiro de modo a que conseguissem ter mais satisfação.

Na categoria Readquirir o desejo sexual, 6 sujeitos, em 13 circunstâncias, revelaram que o facto de terem aderido a este programa, promoveu o aumento do seu desejo, tal como o interesse em geral pela actividade sexual.

A Iniciativa sexual, foi referenciada 13 vezes por 7 pessoas, que narraram estar mais desinibidos para a actividade sexual do que anteriormente.

Na penúltima categoria conceptual, 5 sujeitos, em 5 momentos, assumiram ter Aumento da satisfação sexual, bem como, mais prazer do que antes da intervenção do programa.

Por fim, na categoria Melhorou a relação amorosa, 2 participantes referiram 3 vezes que o programa trouxe a oportunidade de dar mais atenção ao companheiro e abriu o espaço ao diálogo entre ambos.

b) Recuperação da auto-estima

Nesta categoria central, os sujeitos identificam a participação no programa como um aspecto que contribuiu para o acréscimo da sua auto-estima, através do aumento da confiança, de uma redução das sensações de medo e do sentimento de menos-valia física.

Na base desta categoria central esteve a categoria conceptual Aumento da auto-confiança, em que 15 indivíduos, em 21 ocasiões, descreveram estar mais confiantes e seguros na sua actividade sexual, assim como, o medo e os complexos com aspectos físicos, diminuíram expressivamente.

No Quadro 54 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Recuperação da auto-estima, bem como exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 54

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Recuperação da auto-estima

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Aumento da auto-confiança			21	15
	Mais confiante	S1: mais confiante S7: dá-me mais confiança	11	9
	Mais segurança	S6: fiquei menos inseguro	5	5
	Diminuição do medo	S16: sem medos do desconhecido	4	4
	Menos complexos com aspectos físicos	S6: Fiquei menos complexado com aspectos físicos	1	1

c) Possibilidade de aplicação de novos conhecimentos

Na categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos, os indivíduos, através dos seus discursos, assinalaram que, após a integração dos novos conhecimentos, organizaram forma de os utilizar para o seu benefício com o objectivo de melhorar a sua vida sexual.

As categorias conceptuais que deram origem a esta categoria central são: a) Integração do conceito de sexualidade e b) Originou novos conhecimentos.

No Quadro 55 apresenta-se uma sistematização das categoria conceptuais e descritivas que originaram a categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos, bem como, exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 55

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Integração do conceito de sexualidade			10	8
	Sexualidade para além do genital	S25: Já nem ligo muito às partes genitais S27: pensava que sexo era só a parte genital e não é	9	7
	Relatividade do orgasmo	S11: A importância do orgasmo deixou de ter tamanho	1	1

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Originou novos conhecimentos			8	5
	Novas aprendizagens	S2: aprendi outras técnicas S11: Ensinou-me muitas coisas	7	5
	Alargou horizontes	S9: o que aprendi mudou a minha cabeça	1	1

Na categoria conceptual Integração do conceito de sexualidade, os discursos de 8 participantes relataram que descobriram que a sexualidade não está centralizada na zona genital, pelo contrário, vai muito para além desse aspecto e que o orgasmo assume menor importância quando existem outras formas de obter satisfação.

Em relação à categoria Originou novos conhecimentos, 5 pessoas, por 8 vezes, reiteraram ter aprendido outras técnicas e que sentem mudanças positivas ao nível psíquico por causa disso.

Importa referir que desta questão surgiu uma categoria central com duas categorias conceptuais, apenas com um sujeito em cada uma delas, que assumiram não ter tido ainda contacto sexual depois da implementação do programa, pelo que não puderam avaliar o que se alterou, e ainda outro, que respondeu que este programa não veio em nada alterar a sua vida sexual.

Questão 3: “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”

Esta questão originou as categorias centrais a) Vivência de uma nova sexualidade; b) Auto-valorização; c) Visão optimista do futuro e d) Dimensão familiar.

a) Vivência de uma nova sexualidade

Na categoria central Vivência de uma nova sexualidade, a narrativa dos participantes foi traduzida pela importância que a atitude exploratória, o investimento na sua satisfação e os conceitos e esclarecimentos que adquiriram com o programa, tiveram para arquitectar uma nova forma de viver uma nova sexualidade.

Na origem desta categoria central estiveram as categorias conceptuais: a) Exploração erógena; b) Investimento no próprio prazer; c) Compreensão do conceito de sexualidade; d) Iniciativa sexual; e) Sexualidade como realização pessoal; f) Melhorou a relação amorosa; g) Originou novos conhecimentos; h) Aumento da satisfação sexual e i) Readquirir o desejo sexual.

No Quadro 56 apresenta-se uma sistematização das categoria conceptuais e descritivas que estiveram na origem da categoria central Vivência de uma nova sexualidade, bem como, exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 56

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Vivência de uma nova sexualidade

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Exploração erógena			37	21
	Alternativas para aumentar a satisfação sexual	S10: daqui para a frente já sei que tenho outras formas de ficar satisfeito S16: que posso vir a ter outros tipos de prazer que não os anteriores	17	15
	Explorar novos prazeres	S12: ajudar a minha mulher a descobrir coisas novas em mim	11	10

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		S30: procurar sempre prazeres novos		
	Incentivo a novas experiências	S15: experiências novas S26: Quero experimentar tudo a que tenho direito	5	5
	Maior entrega	S21: quero dar prazer ao meu marido S28: vou dar mais de mim	4	4
			20	16
Investimento no próprio prazer sexual	Pensar mais no próprio prazer	S20: não abdicar de ter satisfação	7	6
	Aplicar os conhecimentos em proveito próprio	S5: sei outras coisas que não sabia e posso aplicá-las para meu próprio bem S22: vou sempre tentar descobrir coisas novas em mim para ter mais satisfação	7	6
	Convicção que obtém prazer	S8: sei que vou ter prazer físico, não só psicológico S29: vou conseguir chegar a um nível de satisfação para mim	6	5
Compreensão do conceito de sexualidade			11	9
	Sexualidade para além do genital	S20: Deixar de me sentir injustiçada porque não sinto nada na vagina S26: Desvalorização dos órgãos sexuais	11	9
Iniciativa sexual			11	9
	Desinibição para a actividade sexual	S1: mais segurança daquilo que sou capaz de fazer como homem a uma mulher S3: ser mais atrevido	9	6
	Diminuição dos tabus	S30: esquecer os tabus da sexualidade	2	2
Sexualidade como realização pessoal			6	5
	Realização e felicidade	S11: sentir-me completo S15: Alegria	6	5
Melhorou a relação amorosa			5	5
	Mais proximidade	S28: eu e ele vamos ficar mais próximos S30: apego à família	3	3
	Abertura para o diálogo com o parceiro	S15: saber falar sobre o assunto	1	1
	Melhoria da relação	S23: sinto que me relaciono melhor	1	1
Originou novos conhecimentos			5	4
	Novas aprendizagens	S13: vai dar conhecimentos para enfrentar a minha vida sexual com satisfação	5	4

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
		S14: Muita satisfação por ter acesso a toda esta informação		
Aumento da satisfação sexual			4	3
	Maior satisfação sexual	S4: Mudou mesmo a minha vida sexual para melhor S6: maior satisfação sexual	4	3
Readquirir o desejo sexual			3	3
	Despertar do desejo	S12: vamos ter mais motivação para fazer amor S13: terei sempre mais desejo porque estou mais feliz	3	3

A categoria conceptual Exploração erógena, à semelhança de discursos anteriores, revela que 21 indivíduos em 37 situações, manifestam a importância do programa através da aquisição de instrumentos para potencializar a sua satisfação sexual. Estas alternativas englobam novas experiências, descoberta de outros prazeres e uma entrega maior ao companheiro.

Na categoria Investimento no próprio prazer, 16 sujeitos, por 20 vezes, reiteram a vontade de apostar no seu próprio prazer sexual, aplicando os conhecimentos adquiridos no programa, em benefício da sua satisfação sexual.

A Compreensão do conceito de sexualidade, serviu a 9 pessoas, segundo os seus 11 relatos, para integrarem o facto de que a sexualidade está para além do prazer genital e pode ser encontrada através de outras formas, proporcionando, igualmente, satisfação.

Relativamente à categoria conceptual Iniciativa sexual, 9 participantes, em 11 ocasiões, disseram que após a aplicação do modelo, se sentiram mais desinibidos para a prática sexual e viram diminuídos tabus que condicionavam a prática da sexualidade.

Em Sexualidade como realização pessoal, 5 indivíduos, em 6 momentos, assumiram sentirem-se realizados e completos sexualmente após a intervenção do modelo reabilitador.

Na categoria conceptual Melhorou a relação amorosa, 5 pessoas, por 5 vezes, assinalaram aspectos positivos na relação, nomeadamente, maior proximidade entre o casal e mais diálogo.

Originou novos conhecimentos foi a categoria que emergiu do discurso de 4 participantes, por 5 ocasiões. Estes sujeitos manifestaram a satisfação por terem acesso a um leque de informações que, a seu ver, os poderão ajudar a aumentar a sua satisfação sexual.

Três indivíduos, por 4 situações, revelaram que este programa contribuiu para o Aumento da satisfação sexual.

Por último, a categoria Readquirir o desejo sexual, foi narrada por 3 pessoas, em 3 alturas, que confessaram que o seu desejo sexual foi desperto através da implementação do programa reabilitador.

b) Auto-valorização

Nesta categoria central o discurso dos participantes demonstra que aconteceram mudanças positivas do estado psíquico, nomeadamente em termos de valorização pessoal.

As categorias conceptuais que estiveram na origem desta categoria central são: a) Aumento da auto-confiança; b) Aumento da auto-estima e c) Alterações positivas do estado de ânimo.

No Quadro 57 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Auto-valorização, bem como, exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 57

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Auto-valorização

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Aumento da auto-confiança			30	17
	Mais confiante	S9: mais cheio de confiança S13: mais confiança em mim próprio	25	16
	Mais segurança	S14: fiquei mais seguro S25: Ter mais segurança	3	3
	Diminuição do medo	S19: perder o medo de falhar durante o acto sexual não ter receio de voltar a ser trocada por outra	2	2
Aumento da auto-estima			10	8
	Melhoria da auto-imagem	S20: gostar mais de mim como mulher	4	3
	Melhoria da auto-estima	S25: gostar mais de mim assim como estou	2	2
Alteração positiva do estado de ânimo			3	3
	Diminuição do humor depressivo	S11: diminuição da tristeza S23: ando menos depressiva	3	3

Na categoria Aumento da auto-confiança, 17 pessoas, por 30 vezes, disseram que este programa contribuiu para um aumento da sua confiança e segurança, para além, de sentirem menos medo do que antes.

Relativamente à categoria conceptual Aumento da auto-estima, verificam-se 10 referências, assinaladas por 8 indivíduos, que acreditam num futuro em que a estima por si próprios e a sua auto-imagem, estarão mais elevadas.

Alteração positiva do estado de ânimo foi a última categoria assinalada por 3 sujeitos, em 3 momentos. Estes participantes identificam uma diminuição do humor depressivo após a intervenção do modelo.

c) Visão optimista do futuro

Nesta categoria os sujeitos revelam acreditar que o seu futuro terá aspectos positivos, adoptando uma postura optimista. A categoria conceptual que derivou desta categoria central foi relatada por 16 participantes, em 23 situações, que descreveram sentir Esperança, pois acreditavam no futuro e na felicidade.

No Quadro 58 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Visão optimista do futuro, bem como, exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 58

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Visão optimista do futuro

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
Esperança			23	16
	Acreditar no futuro	S21: vejo o futuro com optimismo S29: tenho confiança no futuro	19	16
	Ser mais feliz	S19: Quero ser feliz ao lado de alguém S27: ser feliz ao lado de alguém porque continuo a ter sexualidade	4	4

d) Dimensão familiar

Relativamente à categoria central Dimensão familiar, o discurso dos participantes direccionou-se para questões relacionadas com a Procriação Medicamente Assistida (PMA), tendo esta categoria conceptual sido referenciada 17 vezes, por 14 pessoas. Estas narrativas apontaram, não só o desejo de ter filhos no futuro, como também de constituir família.

No Quadro 59 apresenta-se uma sistematização da categoria conceptual e descritivas que deram origem à categoria central Dimensão familiar, bem como, exemplos do discurso dos sujeitos.

Quadro 59

Discurso dos participantes relativamente à categoria central Dimensão familiar

Categoria conceptual	Categoria descritiva	Exemplo de discurso	Ref.	N
PMA			17	14
	Desejo de ter filhos	S8: fiquei com muita vontade de ser pai S9: o futuro... quero ter filhos S14: pensar em deixar uma semente por cá	14	11
	Constituir família	S27: gostava de constituir família S30: construir uma família	3	3

Após a apresentação dos resultados, elaborou-se a sua discussão, com o objectivo comparativo com uma linha condutora encontrada na literatura. Disso tratamos no ponto seguinte.

6.3. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados do Momento IV procurou averiguar, de acordo com o discurso dos sujeitos, se exista um ponto de ligação comum ao que a literatura existente revela sobre o tema. Do mesmo modo que na discussão dos resultados do Momento II, as dificuldades encontradas na pesquisa limitaram o desenvolvimento comparativo.

Questão 1: “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na visão da sexualidade?”

Após a implementação do programa Mo-Re-Sex, com esta primeira questão pretendia-se perceber se ocorreram alterações na forma como os sujeitos avaliavam a sexualidade e a conceptualizavam.

Esta primeira questão do Momento IV, deu origem às categorias centrais: a) Aquisição de novos conhecimentos e b) Focalização na obtenção da satisfação.

a) Aquisição de novos conhecimentos

Nesta categoria os participantes demonstraram ter assimilado uma panóplia de novos conhecimentos que até à data do programa educacional desconheciam ou nunca tinham reflectido sobre, como revelam o sujeito 10: “(...) antigamente eu pensava que quando se falava de sexualidade era ter relações” e o sujeito 16: “(...) obrigou-me a reflectir sobre a minha própria sexualidade”.

Tepper (1992) revela que é comum os lesionados medulares manifestarem necessidades educacionais acerca da componente sexual. Regra geral, para além de não estarem satisfeitos com os serviços de educação e orientação sexual por serem abordados superficialmente, o autor verificou que no caso das mulheres a probabilidade de não serem alvos destes programas duplicava em relação aos homens, como o exemplo desta entrevistada:

(...) deu-me mais elementos... eh... tinha poucas informações. [S5]

Já com Brockway et al. (1978) havia sido demonstrado que, após a conclusão de programas de educação e orientação para uma nova sexualidade, os lesionados medulares tornavam-se mais abertos e motivados para aceitar uma variedade de comportamentos sexuais distintos dos praticados anteriormente e revelavam-se menos preocupados com a função sexual.

(...) a sexualidade não é só pensar na erecção e na penetração. [S4]

(...) a sexualidade não é só sentir o pénis nem ter erecção. [S9]

No entanto, ainda segundo estes autores, os conhecimentos teóricos dos lesionados em estudo, acerca da sexualidade e da vida sexual, não apresentavam aumento significativo. Estes indicadores, poderiam demonstrar o interesse prático e urgente que estes sujeitos têm na obtenção da satisfação, em detrimento de questões de natureza teórica.

M. Alexander e C. Alexander (2007) são da opinião que os programas educacionais para a sexualidade do lesionado medular têm vindo a aumentar nos últimos anos, porém ainda se verificam lacunas, nomeadamente ao nível das informações fornecidas sobre as consequências de cariz sexual que a lesão pode provocar, bem como quanto às linhas de orientação para contornar esse problema.

Segundo estes autores, o facto de serem veiculadas informações generalizadas acerca da disfunção sexual depois de uma lesão medular, pode desmotivar e inibir a busca da satisfação. É, então, importante salientar junto destes indivíduos que estes pressupostos são apenas normativos e que devem ser tratados individualmente.

Moonla, Tongprasert e Kovindha (2010), referem que, ao avaliar as necessidades das pessoas com lesão medular relativamente à sua sexualidade, verifica-se que o fornecimento de um manual com um capítulo sobre esse tema, não é, por si só, suficiente para a compreensão e utilização de técnicas adequadas para recomeçar uma relação sexual com os seus companheiros.

Por norma, as preocupações iniciais destes indivíduos focalizam-se na resposta sexual e é importante que as equipas clínicas se organizem para dedicar tempo à educação sexual ainda durante o período de reabilitação.

Por fim, e de acordo com Singh, Gogia e Handa (2002), é oportuno lembrar que:

- a) a perda de sensibilidade não significa perda de sentimentos;
- b) a dificuldade de erecção não significa a perda de capacidade;
- c) a incontinência de esfíncteres não significa disfunção sexual;
- d) a perda da resposta sexual não significa a perda da sexualidade.

Estas considerações estão presentes nos exemplos de discurso dos entrevistados:

(...) agora uma coisa é a praticar sexo, assim, ter uma relação sexual, outra coisa é termos sexualidade. [S3]

(...) levava a coisa mais para a parte prática e menos para os sentires. [S11]

(...) podemos valorizar-nos com outras coisas sem ser só pensar na parte genital. [S21]

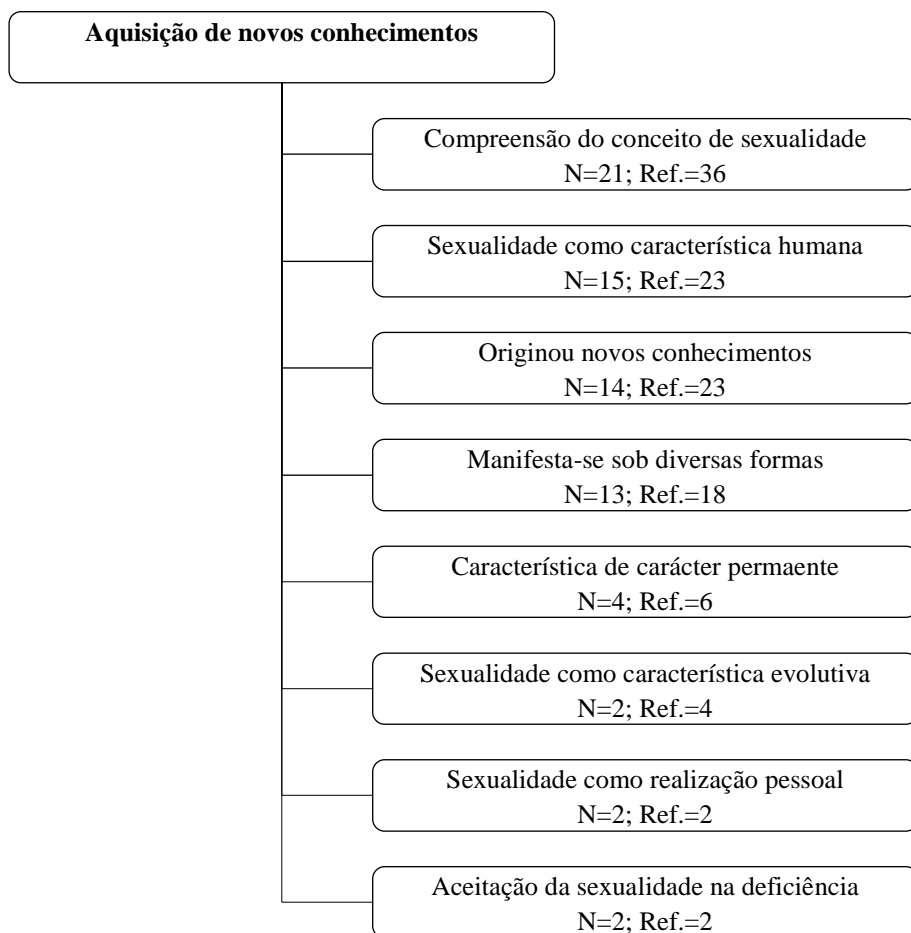
(...) a sensibilidade vaginal não faz a minha sexualidade. [S32]

(...) eu tenho dentro de mim sexualidade. [S13]

No Esquema 39 mostram-se as categorias conceptuais que deram origem à categoria central Aquisição de novos conhecimentos.

Esquema 39

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Aquisição de novos conhecimentos



b) Focalização na obtenção da satisfação

Nesta categoria os participantes revelaram ter ficado mais interessados na busca do seu próprio prazer, em detrimento do que se passava anteriormente, ou seja, do empenho que colocavam no prazer do parceiro. São disto testemunhos as referências que estes entrevistados fazem ao assunto:

(...) ensinou-me a pensar muito mais no meu prazer. [S6]

(...) isto tudo fez-me pensar que primeiro está a minha sexualidade. [S8]

Para além a perseguição explícita do próprio prazer, a exploração erógena é tida como um instrumento para alcance desse objectivo, pelo que a maioria dos sujeitos valoriza esta possibilidade.

(...) há outras coisas que também podem ser muito boas, temos é que as explorar, experimentar. [S4]

(...) há muitas coisas para descobrir em nós e nos outros a respeito de actividade sexual satisfatória. [S15]

(...) incentivou-me a procurar outro tipo de experiências. [S20]

Já havíamos feito referência ao comportamento comum nestes sujeitos de procurarem satisfazer os parceiros e negligenciarem a busca do seu próprio prazer. Durante este período de experimentação, a actividade sexual poderia revelar-se desapontante, logo, algo desmotivante. Mona et al. (2009) referem que, uma vez que o prazer seja redescoberto através de uma atitude exploratória, a motivação acresce direccionada para prazeres relacionados com outro tipo de estimulação, como as carícias íntimas em zonas sensitivas preservadas. Esta postura exploratória é encarada como um comportamento desinibitório favorável ao objectivo.

(...) fez com que eu me libertasse mais, eu tinha uma boa visão da sexualidade, mas faltava-me a liberdade para a viver em pleno. [S32]

Por outro lado, e a par das explorações, o recurso às fantasias parece funcionar como “gatilho” para encontrar o prazer.

(...) eu posso viajar muito em termos sexuais sozinho. [S4]

(...) o desejo vem da nossa cabeça. [S21]

(...) as fantasias, pensamentos, etc... podem ser muito úteis à construção de uma nova sexualidade. [S23]

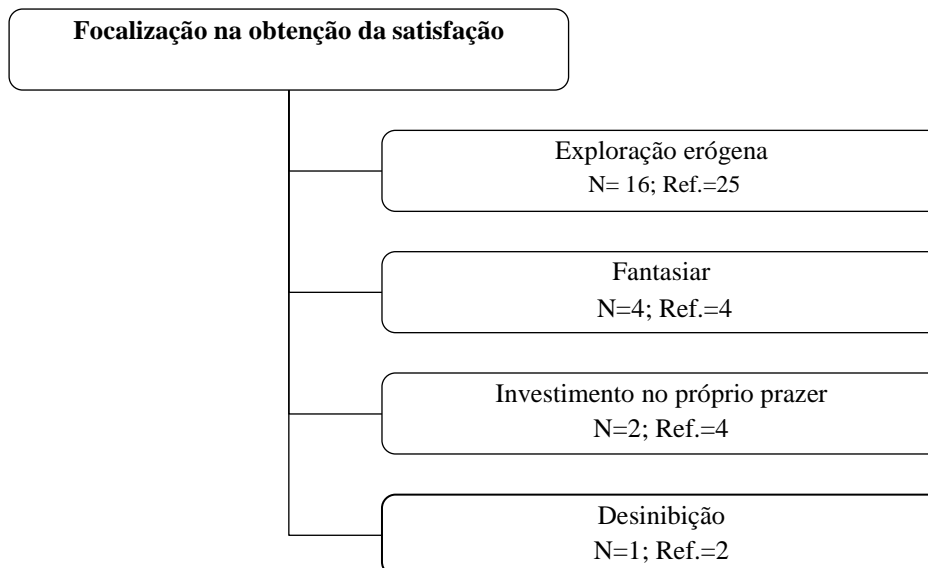
Para Freire (2007) as experiências anteriores podem influenciar as fantasias e estas decodificam pistas sobre a nossa existência sexual e afectiva. Neste aspecto, Lins e Braga (2005) concordam que as fantasias podem funcionar como um estimulante para recuperar a intensidade da satisfação e que o recurso ao auto-erotismo traz benefícios à relação

sexual, sendo amplamente aconselhado para uma variedade de disfunções sexuais. Kreuter et al. (2008) são, igualmente, da opinião que, muitas vezes, para compensar a diminuição do desempenho, os lesionados recorrem às fantasias durante a actividade sexual.

No Esquema 40 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Focalização na obtenção da satisfação.

Esquema 40

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Focalização na obtenção da satisfação



Questão 2: “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”

Esta questão pretendia averiguar quais as verdadeiras implicações práticas que a implementação do programa reabilitador teve na sexualidade dos participantes. Tratou-se de testar a eficácia do programa em termos de benefícios práticos, ao contrário da questão anterior, que avaliava as mudanças do ponto de vista teórico, ou seja, a segunda questão avaliou o que os sujeitos começaram a fazer, enquanto a primeira debruçou-se no que eles consideravam ser possível fazer.

As categorias centrais apuradas na questão 2 do Momento IV, foram a) Técnicas de recuperação da sexualidade; b) Recuperação da auto-estima e c) Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos.

a) Técnicas de recuperação da sexualidade

A categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade permite-nos verificar que a maioria dos entrevistados escolheu a exploração erógena como a maior alteração que o programa reabilitador promoveu, como podemos observar pelos exemplos seguintes:

(...) fiquei muito mais interessado em explorar outras coisas, ter outras experiências. [S4]

(...) descobri outras coisas, outras zonas que me dão muita satisfação.[S5]

(...) dou mais atenção a outras partes do corpo e antes não dava. [S10]

(...) também me ensinou que ver e ouvir pode ser muito bom porque excita psicologicamente. [S13]

(...) antes o meu pénis assumia um papel muito importante, centralizava tudo nele, agora penso mais em todas as outras áreas que parece que até se desenvolveram em termos de sensibilidade. [S15]

Historicamente, Freud, citado por Goodwach (2005), nomeou três principais zonas erógenas: a boca, o ânus e os órgãos genitais, sendo que cada uma delas estava associada a uma satisfação de necessidade básica, como a alimentação, a eliminação e a reprodução. Para Freud a busca incessante pelo prazer e pela estimulação destas zonas erógenas relacionava-se com o alívio de tensões psíquicas. Porém, Freud enfatizava o biológico e o

intraprésiquico em detrimento de outros aspectos pelos quais o sujeito e a sua sexualidade são influenciados.

Para Rosenbaum (1978) a procura das sensações que envolvem a actividade sexual, manifestadas antes, durante e depois, através de estimulações como, por exemplo, o abraçar, o beijar, o contacto oro-genital, não serve apenas para a obtenção da satisfação traduzida, finalmente, no orgasmo, mas essencialmente para nos descobrirmos a nós próprios e ao outro, numa identidade sexual que promove o bem-estar psicológico, como ilustram o sujeito 19: “(...) mudou nesse aspecto... no aspecto de ficar mais interessado em descobrir-me, em descobrir as coisas, os estímulos de que mais gostava”, e o sujeito 31: “(...) é bom descobrirmo-nos um ao outro.”

A deficiência física não neutraliza a sexualidade, como demonstra a assertividade dos participantes 17: “(...) a minha vida sexual não acabou no acidente!” e 20: “(...) tenho direito ao prazer!” Suaid et al. (2002) reiteram que, para além da área genital, existem outras zonas erógenas que mantêm ou despertam a excitação, tornando a expressão da sexualidade versátil e motivante para o lesionado medular e para o seu companheiro. É disto exemplo o discurso do sujeito 12: “(...) vamos ter mais motivação para fazer amor porque eu tenho mais prazer e ela gosta disso.”

Em relação à busca da satisfação sexual, podemos perceber pelos relatos dos entrevistados, que ao experimentarem novas formas de readquirir prazer, o incentivo para o procurarem para si próprios, legou para segundo plano o bem-estar que anteriormente privilegiavam dar aos parceiros.

(...) penso se calhar mais em mim do que antes que estava mais preocupado e mais atento ao prazer dela. [S7]

(...) fez com que eu me preocupasse mais comigo porque antes eu estava muito obcecado com o prazer dela. [S12]

(...) troquei as prioridades, antes ela era a prioridade, agora sou eu. [S14]

(...) antes eu ‘tava sempre a pensar no prazer delas e agora quero pensar um pouquinho em mim. [S17]

(...) estou muito mais empenhada em mim mesma que antes. [S23]

(...) fiquei mais egoísta, quero ter mais coisas boas para mim. [S28]

Este aspecto pode ter múltiplas razões, nomeadamente, o facto de finalmente poderem entregar-se ao prazer isolado, sem a preocupação sistemática de agradar ao parceiro, e este momento que vivem pode não ser definitivo, mas sim a ânsia de colmatar o tempo de prazer não vivido. Outro argumento é avançado pela entrevistada 30: “(...) definitivamente estou muito mais atenta ao meu prazer porque é isso que aumentará o meu desejo nas próximas vezes.” Quando reflectimos nestes testemunhos, corremos o risco da tentação: o egoísmo e a procura incessante do prazer próprio mantêm-se, apesar de tudo, enraizados culturalmente no Homem. No entanto, numa reflexão retrospectiva mais aprofundada, questionamo-nos: “tornaram-se egoístas, ou foram durante muito tempo, demasiado altruístas?” Os entrevistados 9 e 24 dão-nos a resposta:

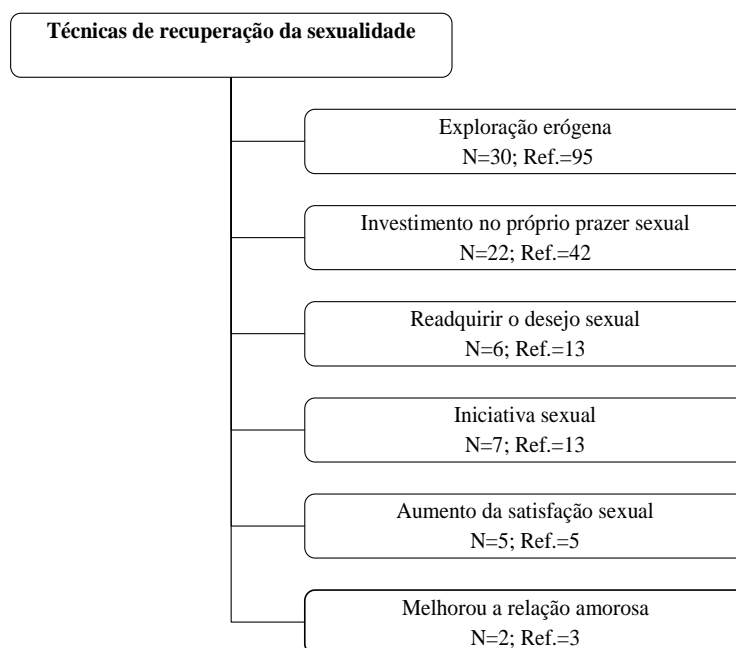
(...) agora aceito que uma pessoa assim como eu tenha sexualidade e pensava antes que já não dava nada. [S9]

(...) comecei a atribuir o direito da sexualidade às minorias, assim, a pessoas como eu. [S24]

No Esquema 41 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade.

Esquema 41

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Técnicas de recuperação da sexualidade



b) Recuperação da auto-estima

Nesta categoria os sujeitos apresentam como resultado do programa reabilitador, a recuperação da confiança e segurança que dizem ter perdido como consequência das suas dificuldades iniciais a nível sexual.

(...) sinto-me mais seguro agora do que antes de ter participado no programa. [S2]

Rosenbaum (1978) apresenta a diminuição da auto-confiança como uma consequência directa da insatisfação da vida sexual dos lesionados medulares. É, então, comum que a lesão medular contribua para uma redução da auto-segurança (Swindle, Cameron, & Rosen, 2006) e que a auto-estima, na sua globalidade, sofra com estes abalos (Cappelleri et al. 2005).

Mayers, D. Heller e J. Heller (2003) revelaram que uma auto-estima sexual deficitária pode afectar negativamente o auto-conceito, dado que funciona como uma avaliação que o sujeito faz de si mesmo, ao nível das competências. Segundo estes autores, o efeito negativo desta avaliação tende a relacionar-se directamente com a desmotivação para se envolverem em relações interpessoais e, previsivelmente, resulta na incapacidade de sentirem prazer com a vida sexual. O sujeito 5 esclarece, comparativamente, a diferença do seu auto-conceito: “(...) agora já não me sinto tão inútil.”

França e Chaves (2005) chamam a atenção para a interferência da estética no comportamento sexual dos seres humanos. De acordo com estes autores, muitas vezes nestes sujeitos, o próprio auto-preconceito e a auto-discriminação sinaliza o medo do fracasso sexual e promove a baixa auto-estima, dada a constelação da sexualidade ainda se encontrar no restrito campo do falocentrismo. O sujeito 3 compara-se a outros indivíduos sem lesão, como se de outra espécie distinta da sua se tratasse: “(...) às vezes penso que não tenho nada a menos que os outros homens sem lesão.”

Efectivamente a literatura descreve como resultado normal da lesão medular, um decréscimo acentuado na segurança, confiança e auto-estima sexuais (Murta & Guimarães, 2007; Raghav, 2009). Outros autores apontam o medo (Francher & Kimmel, 1992; Mona et al., 2009) e a vergonha da imagem corporal (Maior, 1988; Schuetz-Mueller, Tiefer, & Melman, 1995; Augutis, Levi, Asplund, & Berg-Kelly, 2007) como impedimentos para a iniciativa nas relações afectivas. Alguns participantes deste estudo referem-se, igualmente, ao medo e aos complexos físicos, porém como sentimentos pertencentes ao passado, deixando adivinhar alguma libertação por terem ultrapassado essas angústias:

(...) parece que agora é mais saudável, sem medos. [S20]

(...) tinha muitos medos... medo que o meu namorado me deixasse. [S24]

(...) fiquei menos complexado com aspectos físicos. [S6]

A auto-estima sexual, encontra-se, então, definida como um valor atribuído a si mesmo e ao parceiro, como seres sexuais, estando intimamente relacionada com a auto-estima global do lesionado medular (Taleporos & McCabe, 2002), no entanto esta auto-estima sexual poderá estar associada com o nível da lesão, na medida em que, habitualmente, os sujeitos com lesões elevadas têm menor auto-estima do que os com lesões mais baixas (Donelson, 1998).

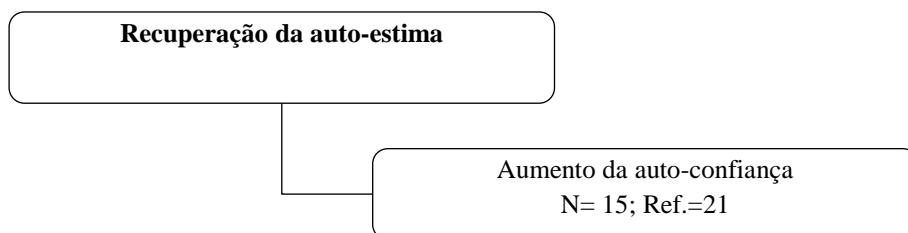
Na intervenção clínica com os lesionados medulares não podemos negligenciar que existem alguns aspectos que passam por um processo de adaptação e estão fortemente relacionados com a sexualidade: imagem corporal, auto-estima e identidade sexual. O ajuste sexual desempenha um papel importante, justamente por estar interligado com a auto-estima (A. Alves et al., 1999). Intervenções de natureza clínica são necessárias para colmatar estes sentimentos (Burns, Mahalik, Hough, & Greenwell, 2008), com o objectivo de transformar positivamente a visão destes sujeitos:

(...) apesar de ainda não ter tido contacto sexual depois do acidente, este programa fez-me equacionar vir a ter em breve, numa forma mais confiante e relaxada, sem medos do desconhecido. [S16]

No Esquema 42 mostra-se a categoria conceptual que esteve na origem da categoria central Recuperação da auto-estima.

Esquema 42

Categoria conceptual que deu origem à categoria central Recuperação da auto-estima



c) Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos

A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos com o programa reabilitador, transpareceu no discurso dos sujeitos. Se, na primeira questão revelavam que a aquisição de conhecimentos tinha sido um ponto-chave na mudança da visão da sexualidade, nesta questão, os participantes apontaram o exercício da sua aplicação, em termos práticos, na vivência da sexualidade:

(...) já não estou sempre a pensar que não sinto nada lá no sítio e também ensinei isso ao meu marido. [S5]

(...) aprendi a localizar as zonas sensíveis no meu corpo. [S8]

A diferença percebida entre sexo e sexualidade parece ter trazido benefícios aos sujeitos, alargando horizontes, como sugere o sujeito 9: "(...) o que aprendi mudou a minha cabeça." Sobre isto, Sakellariou e Sawada (2006) relataram que indivíduos submetidos a programas de intervenção educacionais e informativos, se tornam mais próximos do conceito de sexualidade, onde a intimidade e os sentimentos assumem relevância, levando-os a redefinir as prioridades, nomeadamente ao nível das respostas sexuais (ereção, coito, orgasmo, ejaculação), anteriormente percebidas como um pré-requisito para a expressão da sexualidade.

(...) a importância do orgasmo deixou de ter tamanho. [S11]

(...) já nem ligo muito às partes genitais. [S25]

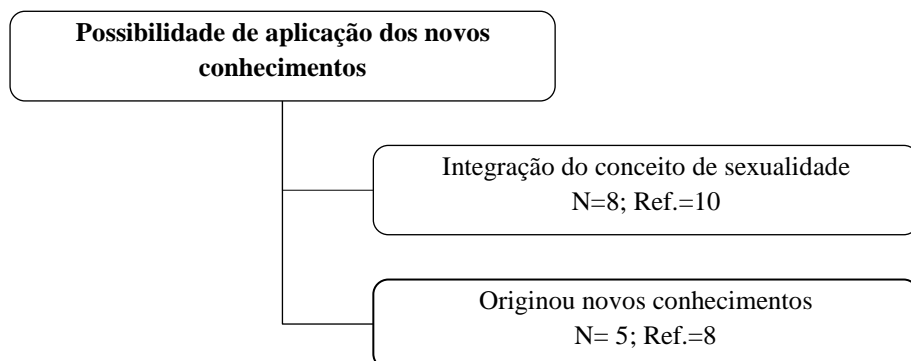
(...) já não penso obsessivamente se estou a ser penetrada ou não. [S30]

Também Chicano (1989) já havia dito que o acesso a modelos de educação para uma nova sexualidade promove nos indivíduos com lesão medular a possibilidade de atingir a satisfação que tanto buscam. O Modelo PLISSIT é descrito como um instrumento de utilidade e um guião profissional para a abordagem educativa nestes indivíduos (Madorsky & Dixon, 1983; Goddard, 1988; McBride & Rines, 2000).

No Esquema 43 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos.

Esquema 43

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Possibilidade de aplicação dos novos conhecimentos



Questão 3: “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”

A última questão para a avaliação da eficácia do programa reabilitador, objectivou perceber quais as alterações positivas, que os lesionados medulares acreditam que o programa que integraram terá no seu futuro. Com esta questão não se pretendia estancar os discursos no âmbito sexual, mas sim, alargar a outros campos da vida dos sujeitos, que directa ou indirectamente, podiam impedir o seu bem-estar psicológico geral.

A questão 3 do quarto momento originou as categorias centrais a) Vivência de uma nova sexualidade; b) Auto-valorização; c) Visão optimista do futuro e d) Dimensão familiar.

a) Vivência de uma nova sexualidade

A primeira categoria central sugere que a maioria dos participantes assimilou uma nova forma de vivenciar a sua sexualidade, através de instrumentos e técnicas que foram aprendendo ao longo do programa, nomeadamente a exploração de novas áreas erógenas, e que resultaram, segundo explicam, numa melhoria da relação amorosa e num aumento da satisfação sexual.

Ramos e Samsó (2004) aconselham a que os lesionados medulares sejam orientados a procurar zonas eroticamente sensíveis como o objectivo de obterem sensações semelhantes ao orgasmo. Em suma, devem proceder a alterações no comportamento sexual prévio, procurando relações desfocalizadas nos genitais e onde a comunicação com o parceiro e as fantasias possam assumir importância comparável às percepções sensitivas (Kellett, 1990).

(...) o meu futuro vai ser por a imaginação sexual a funcionar a cem por cento! [S7]

(...) acho que ainda tenho muito para aprender e não quero ficar por aqui porque sei que tenho muito que praticar e descobrir.

(...) aprendi algumas regras básicas de dar e receber amor. [S35]

Sakellariou (2006) e Carenas, Rodríguez e Díaz (2008) sugerem que as mudanças ao nível da educação e informação destes sujeitos podem ter influências positivas nas atitudes e tornar a sexualidade mais acessível e satisfatória. É demonstrativo disso o discurso acerca da satisfação sexual em termos de futuro:

(...) aumentar ainda mais a minha satisfação na vida sexual. [S12]

(...) a sexualidade é uma aposta para o futuro porque dali podemos tirar mais e mais satisfação. [S21]

(...) ter satisfação na minha sexualidade. [S32]

Parece aceitável acreditar que a vivência de uma nova sexualidade irrompeu no discurso e na vida destes entrevistados, ou pelo menos a possibilidade da sua procura. A reconstrução da sua vida emocional e sexual, é por diversas vezes, colmatada pela criação da ilusão de uma genitália, que apesar de se poder repor a possibilidade de penetração, apenas confere respostas mecanicistas, funcionando como uma técnica de substituição e negligenciando a sensibilidade, ocorrendo como uma constatação e não como uma sensação (L. Silva & Albertini, 1997). Inovar os prazeres, conduzindo os sujeitos ao erotismo, através da transferência de zonas erógenas primárias, para o despertar das, até então, secundárias, ajuda-os a recuperar a capacidade de se amarem a si mesmos. O sujeito 6 comenta acerca do futuro de uma forma que sugere não ter limites temporais: “(...) vejo o futuro como um bom tempo para explorar.”

De acordo com Turpin et al. (1997), através de ajuda e orientação, os indivíduos com incapacidade física podem alterar as suas representações anteriores do ponto de vista sexual e, assim, prosperar sexualmente, encontrando novas sensações e fontes de prazer para si e para os parceiros, como é apontado pelos entrevistados.

(...) ajudar a minha mulher a descobrir coisas novas em mim e irmos sempre explorando outras coisas e tal. [S12]

(...) eu e ele vamos ficar mais próximos, mais unidos. [S28]

(...) procurar sempre posições e prazeres novos porque isso alimenta a relação. [S30]

Em suma, parecem ser a intensidade do desejo e do romance, associados à exploração de áreas corporais erógenas, que dão origem a uma nova tensão sexual, impulsionadora da mudança de representações da sexualidade, até então valorizada pela obtenção do prazer genital (L. Silva & Albertini, 2007). São exemplos destas possíveis mudanças, os discursos de alguns participantes neste estudo:

(...) tirei da cabeça aquela ideia fixa de ter que ter erecção e acho que nunca mais vou pensar nisso assim dessa forma. [S2]

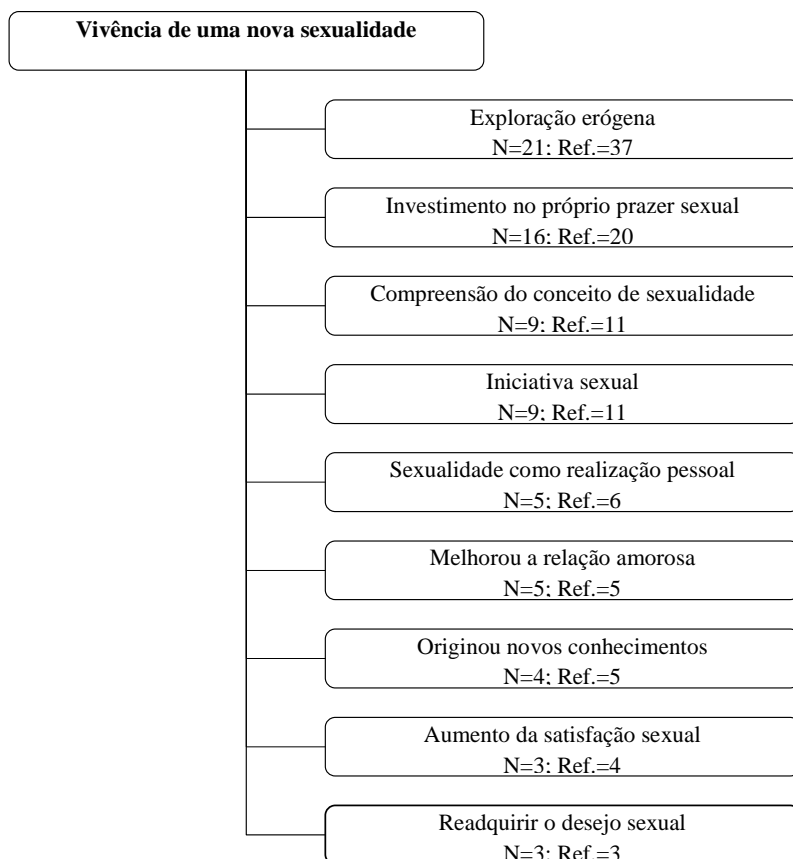
(...) deixar de me sentir injustiçada porque não sinto nada na vagina.[S20]

(...) desvalorização dos órgãos sexuais, sem dúvida. [S26]

No Esquema 44 mostram-se as categorias conceptuais que originaram a categoria central Vivência de uma nova sexualidade.

Esquema 44

Hierarquia das categorias conceptuais que deram origem à categoria central Vivência de uma nova sexualidade



b) Auto-valorização

Na categoria central da Auto-valorização percebe-se pelo discurso dos sujeitos que a integração no programa reabilitador proporcionou um acréscimo do auto-conceito, como já havia sido referido anteriormente e como refere a participante 20: “(...) gostar mais de mim como mulher... valorizar-me mais.”

Nesta questão específica, em que nos interessava perceber quais as implicações futuras que o programa trouxe, os participantes continuaram a evidenciar o facto de se sentirem mais seguros, com menos receios de abandono e, sobretudo, mais confiantes em termos de desempenho sexual, como é disso testemunho alguns relatos:

(...) mais segurança daquilo que sou capaz de fazer como homem a uma mulher, à mulher que estiver comigo. [S1]

(...) perder o medo de falhar durante o acto sexual. [S19]

(...) não ter receio de voltar a ser trocada por outra. [S20]

(...) tenho mais segurança para não ser trocada. [S28]

(...) a minha mulher assim já não precisa de me trocar. [S29]

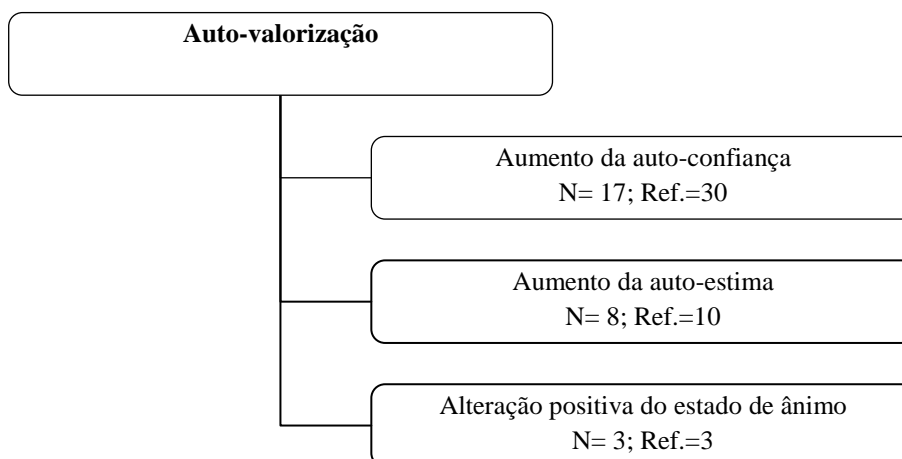
O processo de auto-valorização de que os sujeitos falam pode relacionar-se com uma confiança adquirida, dado que estes indivíduos acreditam, frequentemente, na impossibilidade de construir relacionamentos afectivos por se percepcionarem como incapazes do ponto de vista sexual e, logo, também inaptos para satisfazer o parceiro (Loureiro, Faro & Chaves, 1997). Quando questionado em termos das expectativas de futuro, o sujeito 11 parece ter ultrapassado essa dúvida: “(...) despreocupar-me com incertezas relativamente à minha companheira, se me deixa, se fica.”

Maior (1988) explica que depois da lesão é necessário construir uma nova imagem de si próprio a partir, não só das suas reacções, mas, sobretudo, das reacções do outro, ao novo corpo que se possui. Surgem, neste sentido, vozes que reflectem a procura de uma nova identidade que permitirá reassumir um papel sexual saudável, valorizando-se como indivíduo: “(...) acreditar que alguém pode gostar de mim mesmo assim. [S35]”

No Esquema 45 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Auto-valorização.

Esquema 45

Categoria conceptual que deu origem à categoria central Auto-valorização



c) Visão optimista do futuro

A categoria central Visão optimista do futuro incide sobre a esperança que os sujeitos manifestaram sentir. Estas expectativas optimistas traduzem-se em crenças num futuro melhor e na vontade expressa de vivenciar a sexualidade como algo que comporta felicidade e bem-estar.

O fenómeno da esperança tem sido estudado nos lesionados medulares, enquanto esperança generalizada e específica. A esperança generalizada é traduzida na espera de recuperação, enquanto a esperança específica, se traduz no que se recuperou, na substância recuperada (Lohne, 2001). Esta visão encerra em si optimismo à medida que algumas recuperações vão sendo ganhas e está direccionada para o futuro dos sujeitos, apesar de utilizarem a comparação entre passado e futuro como instrumento de medida de avaliação (Lohne & Severinsson, 2004). A esperança da recuperação específica (no domínio da sexualidade) está presente no discurso de alguns participantes, onde transparece, de forma subjacente, a comparação entre o antes e do depois:

(...) a sexualidade já não vai ser tanto uma preocupação. [S2]

(...) vejo o meu futuro... assim em termos de sexualidade, melhor do que foi até aqui. [S5]

(...) tenho a certeza que ainda vou melhorar mais. [S7]

(...) pensava que nunca mais ia ter nada com ninguém e agora já acho isso possível. [S16]

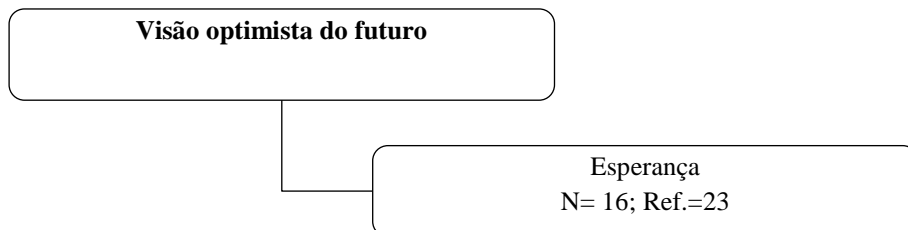
O optimismo e a esperança face ao futuro requerem um processo de adaptação. Kang, Koh e Yee (2000) reportam que o decurso da adaptação que os indivíduos com lesão medular atravessam inclui, entre outros, mudanças do estilo de vida - causadas pela deficiência física -, sofrimento, luto e negação. No entanto, estes autores, sublinham outro aspecto de salientar: o reconhecimento de si mesmo como ser sexual, que deve ser feito com ajuda terapêutica e programas adequados, sob pena de poder resultar em frustração, renúncia e insatisfação. Assim, o optimismo e esperança funcionam também como um mecanismo de *coping* para evitar o retrocesso aos estados negativos, como ilustram o sujeito 1: “(...) tenho a certeza que no futuro vou sempre continuar a melhorar”, e o sujeito 31: “(...) sei que no futuro vou sentir-me feliz.”

Podemos, então, depreender do discurso dos entrevistados que, ao terem integrado o programa reabilitador, a sua qualidade de vida sexual melhorou. A preservação das capacidades funcionais da resposta sexual (erecção, orgasmo, ejaculação, lubrificação) não é sinónimo de satisfação sexual, porém o desejo e o autoconceito parecem exercer um impacto substancial no futuro sexual destes sujeitos (Reitz et al., 2004). Na generalidade, a sexualidade, mesmo após uma lesão medular, continua a ser um aspecto de motivação de vida que se torna importante e influencia o bem-estar e a felicidade dos sujeitos: “(...) quero ser feliz nesta parte da vida porque é muito importante.” [S24]

No Esquema 46 mostra-se a categoria conceptual que deu origem à categoria central Visão optimista do futuro.

Esquema 46

Categoria conceptual que deu origem à categoria central Visão optimista do futuro



d) Dimensão familiar

O desejo de ter filhos e de constituir família foi manifestado por diversos entrevistados, mesmo antes de frequentarem o programa reabilitador (60%), embora 68,6% (da totalidade da amostra) assegurem não ter informações acerca desse assunto, como explicam os participantes 21: “(...) não tinha informações acerca de vir a ser mãe e agora já tenho”, e 31: “(...) também aprendi muitas coisas acerca de poder voltar a ser pai.”

Esta categoria revela que, dos 40% (14 pessoas) que disseram não ter vontade de experimentar a maternidade/paternidade, todos (100%) alteraram a sua opinião depois do programa, como podemos observar por alguns exemplos:

(...) e há outra coisa com que fiquei com muita vontade... é ser pai. [S8]

(...) talvez... convencê-la a termos outro filho. [S11]

(...) sem dúvida a vontade de ter filhos. [S19]

Estudos demonstraram que os espermatozóides dos lesionados medulares apresentam problemas relativamente à sua concentração, motilidade, viabilidade e morfologia (Brown et al., 2006). Porém, aparentemente, esta não será a única causa para a infertilidade. Na maior parte das vezes é necessário existir um conjunto de factores que, combinados, podem impedir a capacidade de fértil nestes sujeitos, nomeadamente a disfunção erétil, a anejaculação e, também, anormalidades do sémen (Brackett, Ibrahim, Grotas, Aballa, & Lynne, 2008). No caso das mulheres, a capacidade reprodutora mantém-se

(Sipski, 1991; Brown et al., 2006). Por norma a colheita de esperma faz-se através de electroejaculação ou estimulação peniana vibratória (DeForge et al., 2005).

A função reprodutiva para os lesionados medulares reveste-se de suma importância (Anderson, 2004) e representa esperança no futuro pela “normalidade” com que é interpretada (DeForge et al., 2005).

(...) quem sabe pensar em deixar uma semente por cá. [S14]

(...) quero ter filhos, ou pelo menos um filho. [S24]

(...) ser pai era uma coisa que gostaria muito que me voltasse a acontecer. [S31]

Por outro lado, e numa ideia mais abrangente, alguns indivíduos manifestaram desejo de constituir família, pressupondo-se, também, a ligação afectiva a um parceiro fixo. A convivência com um parceiro estável parece estar associada a maior satisfação sexual nestes indivíduos (Nosek et al. 1996; Black et al., 1998).

(...) deu-me confiança para acreditar que vou constituir uma família. [S17]

(...) gostava de constituir família. [S27]

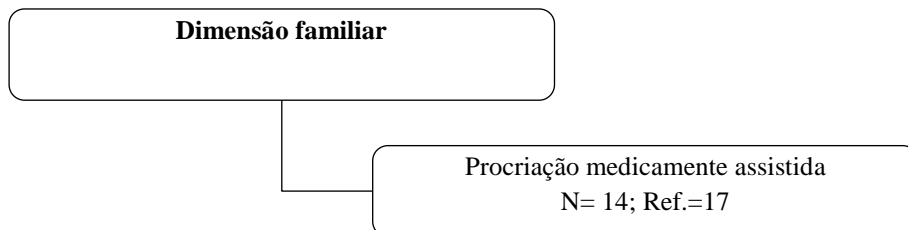
(...) construir uma família. [S30]

Contudo, Kreuter (2000) considera que as relações prévias à lesão medular são mais vulneráveis e frágeis e, portanto, com menor viabilidade de sucesso, do que as que têm o seu início após o evento devido ao facto de os parceiros anteriores serem confrontados com incapacidades que nunca haviam avaliado. No entanto, para este autor, parece difícil para um lesionado medular encontrar um parceiro, dado serem vistos como menos desejáveis e atractivos sexualmente. Porém, apesar de tudo, a auto-confiança no desempenho sexual encontra-se associada ao aumento da probabilidade de encontrar parceiro (Raghav, 2009)

No Esquema 47 mostra-se a categoria conceptual que originou a categoria central Dimensão familiar.

Esquema 47

Categoria conceptual que deu origem à categoria central Dimensão familiar.



6.4. Discurso do grupo

Cumprindo o último procedimento da *Grounded Theory* já explanado anteriormente, o discurso do grupo foi elaborado com base nas categorias centrais apuradas no Momento IV.

O grupo apontou algumas mudanças principais que ocorreram e que estão ligadas à sua integração no programa Mo-Re-Sex. Se inicialmente surgiram indícios de confusão entre a prática da actividade sexual e a sexualidade, como se do mesmo se tratasse, os sujeitos assumem nesta fase que adquiriram novos conhecimentos que permitem distinguir um conceito do outro, nomeadamente, a assumpção da relatividade da genitália na dimensão da sexualidade, que se faz representar sob diversas formas e é uma característica humana, que se mantém presente no indivíduo independentemente dos eventos de vida e acompanhando o seu desenvolvimento.

A preocupação com o seu próprio prazer e satisfação sexual, foi outro dos aspectos que transpareceu nas vozes do grupo. Se anteriormente destacavam o prazer do outro para se sentirem preenchidos e seguros, nesta altura a focalização centrou-se na exploração de hipóteses e estratégias que representassem prazer próprio.

A recuperação da auto-estima relatada que adveio das percepções de reacquirição da confiança e da segurança, parece ter assegurado a diminuição do medo do abandono atribuído aos complexos de menos-valia que eram sentidos previamente. Este novo estado de auto-valorização permitiu ao grupo descrever uma postura diferente perante a vida se-

xual, com atitudes e comportamentos compostos pelo investimento e pela busca de alternativas complementares.

O investimento na descoberta de novas formas de prazer, através das experiências com outras zonas erógenas que pudessem conferir bem-estar, bem como a utilização de instrumentos de apoio até então nunca utilizados, nomeadamente, o recurso a estímulos auditivos, visuais ou outros, parecem ter dotado o grupo de ferramentas para a vivência de uma nova sexualidade satisfatória.

A esperança e a motivação reportadas, deixam adivinhar uma visão optimista no futuro, que pode estar subjacente à partilha do desejo de ter filhos e de constituir família que o grupo confessou ter.

PARTE III: AVALIAÇÃO E CONCLUSÕES

Investigar apaixonada. E tal como em todas as paixões, é provável – não obrigatório – que em algum momento se prove o sabor amargo das adversidades. No entanto, quando percebemos que essa paixão tem condições para se transformar em algo sólido, avançamos, em risco, mas determinados a lutar pelo que desejamos. E o doce sabor de chegar ao fim de um qualquer caminho não é mais do que provar o princípio de tudo. Para muitos, a Vida parece (*re*)começar agora.

Se para os participantes se crê que esta investigação foi útil e válida, também a quem conduziu a investigação trouxe aprendizagens e reflexões que dificilmente teriam sido viáveis de outro modo.

O tempo e o espaço partilhados com estes sujeitos foram motivo suficiente para alterar algumas formas de pensar, agir, comportar e ser. A visão de tantas *coisas* de vida, seguiu outras direcções após este tempo e a permanência neste espaço. Relativizar e atentar começaram a ser dois verbos unidos às prioridades pessoais. Aprender e maturar, outros dois verbos presentes constantemente ao longo deste percurso.

Continuamos a acreditar na pertinência deste estudo. Ainda em fase embrionária a apreciação da FCT “...tema relevante e actual, com eventuais implicações clínicas importantes.”, deixou adivinhar a necessidade, já sentida, para a existência de investigações nesta temática.

Ao optar-se por dividir a investigação em quatro momentos distintos, pretendeu-se a clareza dos procedimentos. Havia a necessidade de, em primeiro lugar, caracterizar sob distintos pontos de vista, os sujeitos que iriam participar no estudo, antes de iniciar qualquer tipo de entrevista ou intervenção. Seguidamente, o acesso aos significados através de questões abertas permitiu perceber a dimensão da perda que o trauma causou, a forma como a lesão medular influenciou a relação afectiva, a prática da sexualidade e as mudanças em termos de identidade individual.

Efectivamente, destes dois primeiros momentos decorreu a conclusão que, transversalmente, a todos os lesionados medulares envolvidos, urgia prestar algum tipo de informações, quer em termos da sua patologia, propriamente dita, quer em termos de sexualidade. Esses conhecimentos deveriam ser prestados de uma forma alargada, persistente e tanto quanto possível, esclarecedora, com o objectivo de sedimentar conhecimentos na matéria que pudessem vir a ser utilizados futuramente em seu benefício. Outro aspecto relevante foi o incentivo a novas práticas, a novas descobertas, num sentido exploratório de uma sexualidade renovada, aproveitando o potencial existente e desfocalizando o sentido inicial da genitalidade.

Estava, assim, construído e colocado em prática o programa Mo-Re-Sex que partiu do objectivo inicial de poder contribuir para uma maior satisfação sexual, através da aquisição de conhecimentos que permitissem compreender as limitações e as potencialidades, bem como da aprendizagem de estratégias alternativas para a prática da sexualidade numa nova condição de vida. Outros ganhos seriam consequência da eficácia do programa, tais como o equilíbrio da relação afectiva, a melhoria da auto-estima e da auto-imagem dos lesionados medulares.

No final, o quarto momento foi dedicado à análise dos efeitos da participação no programa Mo-Re-Sex. Diversas vozes foram surgindo e os discursos apurados revelaram mudanças, conduzindo à crença que a implementação do programa foi útil, inovadora e veículo de alteração comportamental.

Se numa fase inicial os discursos deixaram transparecer hesitações em relação aos conceitos *sexo* e *sexualidade*, em que a focalização genital era evidente e um baixo auto-

conceito imperava, no quarto momento os discursos alteraram-se, manifestando uma visão mais optimista do futuro.

Das principais revelações feitas pelas vozes do grupo, destaca-se a expressão de alteração no modo como passaram a vivenciar a sexualidade, encarada como uma nova forma de expressar as suas emoções e sentimentos, ou ainda e por outro lado, a aquisição de liberdade de experimentarem uma sexualidade que provavelmente sempre desejariam ter tido, mas que, por determinados condicionantes e espartilhos, não se arriscaram a tentá-la. Assim, as opções metodológicas revelaram-se as mais adequadas, já que permitiram a riqueza de expressão livre dos sentimentos resultantes do impacto sofrido.

Em suma, este estudo permitiu o acesso a significados como a perda pelo evento traumático, as alterações no próprio sujeito, bem como na sua relação afectiva e de modificações na vivência da sexualidade. Estes significados, descritos através das vozes do grupo, traduziram-se inicialmente num discurso resignado e sem esperança, porém, posteriormente, revelou-se composto de alentos e expectativas.

Assumindo alguma cautela no entusiasmo retirado dos discursos, sublinha-se que um assunto de natureza delicada, que acarreta preconceitos e tabus, como é a sexualidade humana, pode acarretar narrativas enviesadas pela desejabilidade social. No entanto, observa-se nesta investigação que, só pelo facto de se ter falado sobre o tema, já foi um princípio de ajuda para estes sujeitos, que, a partir de então, começam a sentir atenção prestada à sua sexualidade, abalada por um evento de vida devastador, mas que deixou capital residual para aligeirar o quotidiano.

Num ponto de vista mais alargado, assinala-se a percepção de que o modelo que surge deste trabalho, poderá ser encarado como tendo um conceito modular, o que pode permitir a outros investigadores adicionarem módulos de novas actividades formativas e/ou terapêuticas, à medida que a evolução das suas investigações assim o facilitar. Outra anotação positiva, é que o programa Mo-Re-Sex poderá ser extrapolado para outros quadrantes sexualmente disfuncionais, que não apenas indivíduos com lesão medular.

A conveniência clínica, social e humana deste estudo, bem como o potencial de contribuir para o desenvolvimento e melhoria do conhecimento na matéria, pode influenciar positivamente a prática profissional quotidiana com pessoas com esta patologia, assim como, uma melhoria da qualidade de vida destes doentes, considerados numa perspectiva holística.

Hoje estamos mais seguros de que este ponto de chegada pode, também, ser um ponto de partida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da bibliografia, aparentemente extensa, acerca da sexualidade na lesão medular, os anos 70 e 80 foram os que mais produziram em termos de apresentação de estratégias a seguir. Porém a partir daí, encontra-se um vazio que apenas é interrompido por publicações direccionadas à função sexual do homem, através de meios médicos.

No caso das mulheres com lesão medular e, provavelmente porque ocupam um lugar estatisticamente pouco significativo quando comparado com o dos homens, a maioria do material de estudo existente refere-se a questões ligadas à procriação, observando-se uma notável lacuna de sugestões para estratégias de intervenção com o objectivo de melhorar a prática e a satisfação sexual.

Em bom rigor, esta investigação também não permitiu fazer uma distinção entre o discurso do género, dada a pequena amostra encontrada. Esta é uma das sugestões que apresentamos para investigações ulteriores, dado que, do nosso ponto de vista, seria interessante apreciar as eventuais diferenças no discurso do homem e da mulher, apurar as distintas necessidades e valorizações.

Ainda com referência a propostas para novas investigações, salienta-se a notada necessidade da elaboração de programas formativos para as equipas multidisciplinares que intervém junto destes indivíduos. Estes programas devem visar conteúdos acerca da sexualidade humana, das limitações sexuais que podem advir da lesão medular e de estratégias e técnicas para minimizar o eventual dano a esse nível, contribuindo para a vivência de uma nova sexualidade.

Na mesma linha, pensamos ser de considerar o apuramento e eventual reformulação dos programas académicos que versem a reabilitação nas universidades portuguesas, que têm como objectivo formarem equipas com habilitações nesta área, mas que não incluem a re-educação sexual, negligenciando um detalhe de suma importância para a qualidade de vida dos sujeitos com deficiência.

De igual modo, a falta de manuais de apoio ao lesionado medular, pode ser um impulso para a sua elaboração e distribuição nas instituições de saúde. Estes manuais, à semelhança do que acontece noutros países, devem conter informações úteis para o próprio e o seu parceiro, nomeadamente em termos de sexualidade, com o objectivo de esclarecer dúvidas de primeira linha e fornecer orientações.

Outro campo que consideramos merecer ser investigado é a procriação medicamente assistida nestes sujeitos, já que os poucos recursos no país contribuem para a extensa lista de espera que conhecemos.

BIBLIOGRAFIA

- Abdo, C. (2000). *Sexualidade humana e seus transtornos* (2ª. ed.). São Paulo: Lemos Editorial.
- Ackery, A., Tator, C., & Krassioukov, A. (2004). A global perspective on spinal cord injury epidemiology. *Journal of Neurotrauma*, 21 (10), 1355-1370. doi:10.1089/neu.2004.21.1355
- Adams, M., & Hicks, A. (2005). Spasticity after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 43, 577-586. doi:10.1038/sj.sc.3101757
- Adams, R., & Victor, M. (1996). *Neurologia*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Agostini, N. (2008). Sexualidade e realização humana: a proposta da igreja católica. *Religião e Cultura*, VII (13), 71-82.
- Agotegaray, M. (2004). Disfunción autonómica en el paciente con lesión medular. *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación IREP*, 8 (1), 58-63.
- Albrecht, G., & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.

- Albright, K., Duggan, C., & Rahman, R. (2009). Motherhood in the context of spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 15 (1), 43-58. doi: 10.1310/sci1501-43
- Alexander, C., Sipski, M., & Findley, T. (1993). Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre and post-spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior*, 22 (3), 217-228. doi: 10.1007/BF01541767
- Alexander, M., & Alexander, C. (2007). Recommendations for discussing sexuality after spinal cord injury/dysfunction in children, adolescents, and adults. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30 (4), 65-70.
- Alexander, M., & Rosen, R. (2008). Spinal cord injuries and orgasm: A review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 308-324. doi: 10.1080/00926230802096341
- Alves, A., Guedes, M., & Alves, V. (1999). Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *Acta Fisiátrica*, 6 (1), 6-9.
- Amaral, M. (2009). A new sense for living: a comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 43 (3), 571-577. doi: 10.1590/S0080-62342009000300011
- American Spinal Injury Association (2003). Reference manual of the international standards for neurological classification of spinal cord injury. Chicago: ASIA.
- American Spinal Injury Association/International Medical Society of Paraplegia. *Padrões internacionais para classificação neurológica e funcional de lesões da medula espinal: revisado 1996 (ed. português 1999)*, tradução Tarcísio P. Barros Filho, Fernando Martins. Chicago: ASIA/IMSOP 1996.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência – ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Anderson, K., Borisoff, J., Johnson, R., Stiens, S., & Elliott S. (2007). Long-term effects of spinal cord injury on sexual function in men: implications for neuroplasticity. *Spinal Cord*, 45 (12), 338-48. doi:10.1038/sj.sc.3101978
- Anderson, K. (2004). Targeting recovery: priorities of the spinal cord-injured population. *Journal of Neurotrauma*, 21, 1371–1383. doi:10.1089/neu.2004.21.1371
- Anderson, K., Borisoff, J., Johnson, R., Stien, S., & Elliott, S. (2006). Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. *Spinal Cord*, 45, 349-359. doi: 10.1038/sj.sc.3101979
- Anderson, K., Borisoff, J., Johnson, R., Stien, S., & Elliott, S. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord*, 45 (5), 328-337. doi:10.1038/sj.sc.3101977
- Anderson, T., & Cole, T. (1975). Sexual counselling of the physically disabled. *Postgraduate Medicine*, 58 (1), 117-25.
- Annon, J. (1981). PLISSIT Therapy. In Corsini, R. *Handbook of Innovative Psychotherapies* (pp. 626-639). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Annon, J. & Robinson, C. (1981). Video in sex therapy. In Fryrear, J., Bleshman, B., (Ed.). *Videotherapy in Mental Health* (pp. 163-179). Springfield, Ill.
- Augutis, M., Levi, R., Asplund, K., & Berg-Kelly, K. (2007). Psychosocial aspects of traumatic spinal cord injury with onset during adolescence: A qualitative study. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30, S55–S64.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2002). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Philadelphia: Open University Press.

- Basson, R. (2006). Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *The New England Journal of Medicine*, 354 (14), 1497-1506.
- Beauregard, L., & Noreau, L. (2010). Spouses of persons with spinal cord injury: impact and coping. *British Journal of Social Work*, 40 (6), 1945-1959. doi: 10.1093/bjsw/bcp140
- Belei, R., Gimenez-Paschoal, S., Nascimento, E., & Matsumoto, P. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação*, FaE/PPGE/UFPel, 30, 187 – 199.
- Berman, J. (2005). Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17, S44-S51. doi:10.1038/sj.ijir.3901428
- Berry, J., Elliott, T., & Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 292-302.
- Biering-Sørensen F., & Sonksen, J. (2001). Sexual function in spinal cord lesioned men. *Spinal Cord*, 39 (9), 455-70. doi: 10.1038/sj.sc.3101198
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2007). Sexual counseling for women in the context of physical diseases - A teaching model for physicians. *The Journal of Sexual Medicine*, 4 (1), 29-37. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00395.x
- Black, K., Sipski, M. L., & Strauss, S. S. (1998). Sexual satisfaction and sexual drive in spinal cord injured women. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 21, 240-244.
- Bong, G., & Rovner, E. (2007). Sexual health in adult men with spina bífida. *ScientificWorldJournal*, 7, 1466-1469. doi: 10.1100/tsw.2007.191
- Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D., & Geraghty, T. (2003). Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: a needs

assessment. *Sexuality and Disability*, 21 (4), 249-261. doi: 10.1023/B:SEDI.0000010067.27044.7e

Braakman, R., Orbaan, J., & Dishoeck, M. (1976). Information in the early stages after spinal cord injury. *Paraplegia*, 14 (1), 95-100.

Brackett, N., Ibrahim, E., Grotas, J., Aballa, T., & Lynne, C. (2008). Higher sperm DNA damage in semen from men with spinal cord injuries compared with controls. *Journal of Andrology*, 29 (1), 93-99. doi: 10.2164/jandrol.107.003574

Brackett, N., Lynne, C., Ibrahim, E., Ohl, D., & Sønksen, J. (2010). Treatment of infertility in men with spinal cord injury. *Nature Reviews Urology*, 7, 162-172. doi: 10.1038/nrurol.2010.7

Bradley, E., Curry, L., & Devers, K. (2007). Qualitative data analysis for health services research: Developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*, 42 (4), 1758–1772. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x

Brockway, J., Steger, J., Berni, R., Ost, V., Williamson-Kirkland, T., & Peck, C. (1975). Effectiveness of a sex education and counseling program for spinal cord injured patients. *Sexuality and Disability*, 1 (2), 127-36. doi: 10.1007/BF01101773

Brown, D., Hill, S., & Baker, W. (2006). Male fertility and sexual function after spinal cord injury. *Progress in Brain Research*, 152, 427-439. doi: 10.1016/S0079-6123(05)52029-6

Burns, S., Hough, S., Boyd, B., & Hill, J. (2009). Sexual desire and depression following spinal cord injury: Masculine sexual prowess as a moderator. *Sex Roles*, 61, 120-129. doi: 10.1007/s11199-009-9615-7

Burns, S., Mahalik, J., Hough, S., & Greenwell, A. (2008). Adjustment to changes in sexual functioning following spinal cord injury: The contribution of men's adherence to scripts for sexual potency. *Sexuality and Disability*, 26, 197-205.

- Calegari, D. (2004). *Intimidade emocional*. Comunicação oral apresentada na Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais, Foz do Iguaçu, Brasil.
- Campos, M., Ribeiro, A., Listik, S., Pereira, C., Sobrinho, J., & Rapoport, A.(2008). Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 35 (2), 88-93.
- Cappelleri, J., Althof, S., Siegel, R., Stecher, V., Tseng, L., & Dutttagupta, S. (2005). Association between the erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction and the self-esteem and relationship questionnaire following treatment with sildenafil citrate for men with erectile dysfunction. *Value in Health*, 8, S54–S60. doi/10.1111/j.1524-4733.2005.00072.x
- Cardoso, F., Savall, A., & Mendes, A. (2008). Self-awareness of the male sexual response after spinal cord injury: sexual response after spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 00, 1-7. doi: 10.1097/MRR.0b013e3283106ab7
- Cardoso, J. (2003). Sexualidade e deficiência física. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Eds.). *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 499-511). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 385-394.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência: adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carenas, L., Rodríguez, M., & Díaz, A. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 125-141.

- Carvalho, A., Costa, V., Filho, R., Oliveira, L., & Oliveira, P. (2010). Gravidez em mulheres com trauma medular prévio. *Femina*, 38 (1), 7-11.
- Carvalho, S., & Andrade, M. (1998). Spinal cord injury and psychological response. *General Hospital Psychiatry*, 20 (6), 353-359.
- Cassiani, S., Caliri, M., & Pelá, N. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4 (3), 75-88.
- Cavalcanti, R., & Cavalcanti, M. (2006). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. (3º Ed.). S. Paulo: Editora Roca.
- Chan, R., Lee, P., & Lieh, F. (2000). Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. *Spinal Cord*, 38 (11), 687-696.
- Charmaz, K. (2007). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage
- Chen, H., & Boore, J. (2008). Living with a relative who has a spinal cord injury: a Grounded Theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 174-182. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02355.x
- Chicano, L. (1989). Humanistic aspects of sexuality as related to spinal cord injury. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 21 (6), 366-369.
- Chung, M., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006). Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: A comparison with young and middle-aged patients. *Psychiatry*, 69 (1), 69-80.
- Coble, A. (1997). Self-help or self-harm: when people with physical disabilities read sexual self-help books. *Sexuality and Disability*, 15 (2), 61-68. doi: 10.1023/A:1024779800915

- Comarr, A., Cressy, J., & Letch, M. (1983). Sleep dreams of sex among traumatic paraplegics and quadriplegics. *Sexuality and Disability*, 6 (1), 25-29.
- Connerton, P. (1999). *Como as sociedades recordam* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Consortium for Spinal Cord Medicine (2010). Sexuality and reproductive health in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 33 (3), 281-336.
- Courtois, F., Charvier, K., Leriche, A., Côté, M., & Lemieux, A. (2009). L' évaluation et le traitement des troubles des reactions sexuelles chez l'homme et la femme blesses médullaires. *Sexologies*, 18, 51-59. doi:10.1016/j.sexol.2007.11.001
- Courtois, F., Charvier, K., Leriche, A., Vézina, J., Côté, I., Raymond D.,... Bélanger, M. (2008). Perceived physiological and orgasmic sensations at ejaculation in spinal cord injured men. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 2419-2430. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00857.x
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., & Dickson, H. (1998). Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 375-377.
- Curt, A., Nitsche, B., Rodic, B., Schurch, B., & Dietz, V. (1997). Assessment of autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 62, 473-477.
- Dahlberg, A., Alaranta, H., Kautiainen, H., & Kotila, M. (2007). Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39 (2), 152-155. doi: 10.2340/16501977-0029

- Dantas, C., Leite, J., Lima, S., & Stipp, M. (2009). Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (4), 1-8.
- Defino, H. (1999). Trauma raquimedular. *Medicina*, 32, 388-400.
- DeForge, D., Blackmer, J., Moher, D., Garritty, C., Cronin, V., Yazdi, F. et al. (2004). *Sexuality and Reproductive Health Following Spinal Cord Injury. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 109*. (Prepared by the University of Ottawa Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0021.) AHRQ Publication No. 05-E003-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- DeForge, J., Blackmer, C., Garritty, F., Yazdi, V., Cronin, N., Barrowman, N.,... Moher, D. (2005). Fertility following spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 43, 693-703. doi: 10.1038/sj.sc.3101769
- Del Popolo, G., Li Marzi, V., Mondaini, N., & Lombardi, G., (2004). Time/duration effectiveness of sildenafil versus tadalafil in the treatment of erectile dysfunction in male spinal cord-injured patients. *Spinal Cord*, 42 (11), 643-8. doi:10.1038/sj.sc.3101617
- Deshaies, E., DiRision, D., & Popp, J. (2004). Medieval management of spinal injuries: parallels between Theodoric of Bologna and contemporary spine surgeons. *Neurosurgical Focus*, 16 (3), 1-3.
- Dewar, A., & Lee, E. (2000). Bearing illness and injury. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 912-926. doi: 10.1177/01939450022044872
- Dezarnaulds, A. (2002). Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury. Project funded by the Motor Accidents Authority of NSW, 1-12.

- Donelson, E. (1998) The relationship of sexual self-concept to the level of spinal cord injury and other factors [dissertation abstract]. *International Journal of Engineering Science*, 58 (12-B). 6805.
- Donovan, W. (2007). Spinal Cord Injury – Past, present and future. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 30, 85-100.
- Dorsett, P., & Geraghty, T. (2004). Depression and adjustment after spinal cord injury: a three-year longitudinal study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 9 (4), 43-56. doi: 10.1310/01YF-RTP4-21UB-MK7V
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 24, 213-225.
- Ducharme, S. (1987). Sexuality and physical disability. In B. Caplan, (Ed.). *Rehabilitation psychology desk reference* (pp. 966-980). Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Elliot, S. (2002). Ejaculation and orgasm: Sexuality in men with SCI. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 8 (1), 1-15. doi: 10.1310/DKTR-K2LA-DG50-GJ7H
- Elliot, S. (2003). Sexual dysfunction and infertility in men with spinal cord disorders. In Vernon, W. (Ed.). *Spinal Cord Medicine, principles and practice* (pp.349-65). New York: Demos
- Eltorai, I. (2003). History of spinal cord medicine. In Vernon, W. (Ed.). *Spinal Cord Medicine, Principles and Practice* (pp. 3-14). New York: Demos.
- Eltorai, I., Montroy, R., & Laurente, F. (2003). Gangrene of the penis in a tetraplegic due to the use of vacuum constriction device for erection. *Sexuality and Disability*. 8 (2), 105-14.
- Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*, 19 (4), 267-282. doi: 10.1023/A:1017905425599

- Evans, R., Halar, E., DeFreece, A., & Larsen, G. (1976). Multidisciplinary approach to sex education of spinal cord-injured patients. *Physical Therapy*, 56 (5), 541-5.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII (1), (supl.1), 45-53.
- Faro, A. (1991). *Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos* [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 98 f.
- Fechio, M., Pacheco, K., Kaihama, H., & Alves, V. (2009). A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*, 16 (1), 38-42.
- Ferreiro-Velasco, M., Barca-Buyo, A., De la Barrera, S., Montoto-Marques, A., Vazquez, X., & Rodriguez-Sotillo, A. (2005). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 43 (1), 51-55. doi: 10.1038/sj.sc.3101657
- Finnerup, N., Johannesen, L., Fuglsang-Frederiksen, A., Bach, F., & Jensen, T. (2003). Sensory function in spinal cord injury patients with and without central pain. *Brain*, 126, 57-70. doi: 10.1093/brain/awg007
- Fisher, T., Laud, P., Byfield, M., Brown, T., Hayat, M., & Fieldler, I. (2002). Sexual health after spinal cord injury: a longitudinal study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (8), 1043-1051. doi: 10.1053/apmr.2002.33654
- Fontanella, B., Campos, C. & Turato, E. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (5), 1-10.
- Fontanella, B., Ricas, J., & Turato, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1), 17-27.

- Fonte, C. (2005). Investigar narrativas e significados: A grounded analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 290-297.
- Fonte, N. (2008). Urological care of the spinal cord injured patient. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35 (3), 323-331. doi: 10.1097/01.WON.0000319132.29478.17
- Foot, J. (2003). Sex, Sexuality, and fertility for women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 8 (3), 20-25.
- Forsythe, E., & Horsewell, J. (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44, 234-241. doi: 10.1038/sj.sc.3101844
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (6), 717-732. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01100.x
- França, I., & Chaves, A. (2005). Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 253-9.
- Franceschini, M., Clemente, B., Rampello, A., Nora, M., & Spizzichino, L. (2003). Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 41, 280-285. doi: 10.1038/sj.sc.3101457
- Francher, J., & Kimmel, M. S. (1992). Hard issues and soft spots: counseling men about sexuality. In M. Kimmel & M. Messner (Eds.), *Men's lives* (pp. 428-450). New York: Macmillan.
- Freire, I. (2007). *Fantasia eróticas – Segredos das mulheres portuguesas*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

- Freire, I. (2010). *Amor e sexo no tempo de Salazar*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Galhordas, J., & Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)*, 0, 35-47.
- Galhordas, J., Lima, P., & Encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor – a compreensão da agressividade nas pessoas com lesão vértebro-medular. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 603-611.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da UFP*, 6, 152-61.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). A actividade sexual após lesão medular – Meios terapêuticos. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 821-826.
- Garrett, A., & Teixeira, Z. (2006). A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 3, 237-244.
- Garton, S. (2009). *História da sexualidade – da antiguidade à revolução sexual*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Girolamo, F. (1996). Aconselhamento sexual do paraplégico e tetraplégico. *Revista Brasileira de Sexualidade*, 7 (1), 31-42.
- Giuliano, F., Rubio-Aurioles, E., Kennelly, M., Montorsi, F., Kim, A., Finkbeiner, A... Wachs, B. (2006). Efficacy and safety of vardenafil in men with erectile dysfunction caused by spinal cord injury. *Neurology*, 66, 210-6. doi: 10.1212/01.wnl.0000194260.43583.32
- Glanz, K., Rimer, B., & Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
- Goddard, L. (1988). Sexuality and spinal cord injury. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 20 (4), 240-244.
- Gomes, J., Vendeira, P., & Reis, M. (2003). Priapismo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 421-8.
- Gomes, R. (2003). A intimidade sexual na intimidade conjugal. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Eds.). *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 111-127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Goodrich, J. (2007). Cervical spine surgery in the ancient and medieval worlds. *Neurosurgical Focus*, 6 (5), 1-8. doi: 10.3171/FOC-07/07/E7
- Goodwach, R. (2005). Sex therapy: Historical evolution, current practice. Part I. *Education Update*, 26 (3), 155-164.
- Goshgarian, H. (2003). Anatomy and function of spinal cord. In Vernon, W. (Ed.). *Spinal Cord Medicine, Principles and Practice* (pp. 15-34). New York: Demos.
- Gruener, G., & Biller, J. (2008). Spinal cord anatomy, localization, and overview of spinal cord syndromes. *American Academy of Neurology: Lifelong Learning Neurology*, 14 (3), 11-35.
- Haisma, J., Woude, L., Stam, H., Bergen, M., Sluis, T., Post, M., & Bussmann, J. (2007). Complications following spinal cord injury: occurrence and risk factors in a longitudinal study during and after inpatient rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 39, 393-398. doi: 10.2340/16501977-0258

- Hamid, R., Patki, P., Bywater, H., Shah, P., & Craggs, M. (2006). Effects of repeated ejaculations on semen characteristics following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44, 369-373. doi: 10.1038/sj.sc.3101849
- Hartman, W., & Fithian, M. (1994). *Treatment of sexual dysfunction: a Basic approach*. London: Jason Aronson Inc.
- Henriques, F. (2004). *Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Herson, L., Hart, K., Gordon, M., & Rintala, D. (1999). Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabilitation Nursing*, 24 (4), 148-51.
- Higgins, G. (1979). Sexual response in spinal cord injured adults: A review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 8 (2), 173-196. doi: 10.1007/BF01541237
- Hulsebosch, C. (2002). Recent advances pathophysiology and treatment of spinal cord injury. *Advances in Physiology Education*, 26 (4), 238-255.
- Hultling, C., Giuliano, F., Quirk, F., Peña, B., Mishra, A., & Smith, M. (2000). Quality of life in patients with spinal cord injury receiving VIAGRA® (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. *Spinal Cord*, 38 (6), 363-370.
- Iremashvili, V., Brackett, N., Ibrahim, E., Aballa, T., & Lynne, C. (2010). Semen quality remains stable during the chronic phase of spinal cord injury: A Longitudinal Study. *The Journal of Urology*, 184 (5), 2073-2077. doi: 10.1016/j.juro.2010.06.112
- Jackson, A. (2001). Menopausal issues after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7 (1), 64-71.

- Jackson, A., & Wadley, V. (1999). A multicentre study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *80*, 1420-1428.
- Jacob, S., Francone, C., & Lossow, W. (1990). *Anatomia e fisiologia humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kalpakjian, C., Bombardier, C., Schomer, K., Brown, P., & Johnson, K. (2008). Measuring depression in persons with spinal cord injury: A systematic review. *Journal of Supply Chain Management*, *32* (1), 6-24.
- Kalpakjian, C., Quint, E., Bushnik, T., Rodriguez, G., & Terrill, M. (2010). Menopause characteristics and subjective symptoms in women with and without spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*, 562-569. doi: 10.1016/j.apmr.2009.12.012
- Kang, H., Koh, J., Suh, Y., & Yee, O. (2000). Sexual Adjustment Process of Individuals with Spinal cord Injury. *Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. *3* (1), 80-97.
- Kaplan, H., Sadock B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Karana-Zebari, D., Leon, M., & Kalpakjian, C. (2010). Predictors of marital longevity after new spinal cord injury. *Spinal Cord*, *49* (1), 120-124. doi: 10.1038/sc.2010.63
- Kellet, J. (1990). Sexual expression in paraplegia: is possible and should be encouraged. *British Medical Journal*, *301* (3), 1007-1008.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *The British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 41-52.

- Kennedy, P., & Rogers, B. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 932-937. doi: 10.1053/apmr.2000.5580
- Kennedy, P., Sherlock, O., McClelland, M., Short, D., Royle, J., & Wilson, C. (2010). A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months. *Spinal Cord*, *48*, 15–20. doi: 10.1038/sc.2009.65
- Kettl, P., Zarefoss, S., Jacoby, K., German, C., Hulse, C., Rowley, F.,... Tyson, K. (1991). Female sexuality after spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, *9* (4), 287-295. doi: 10.1007/BF01102017
- Krassioukov, A., Warburton, D., Teasell, R., & Eng, J. (2009). A systematic review of the management of autonomic dysreflexia after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *90* (4), 682-95. doi:10.1016/j.apmr.2009.01.009
- Krause, J., Carter, R., Pickelsimer, E., & Wilson, D. (2008). A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *89* (8), 1482-1491. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.062
- Krause, J., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 1099-1109. doi:10.1053/apmr.2000.7167
- Kreuter, M. (2000). Spinal cord injury and partner relationships. *Spinal Cord*, *38* (1), 2-6.
- Kreuter, M., Siösteen, A., & Biering-Sørensen, F. (2008). Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *40*, 61–69. doi: 10.2340/16501977-0128

- Kreuter, M., Sullivan, M., & Siösteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationship in spinal paraplegia: a controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (6), 541-8.
- Lazarus, R. (1991). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lequerica, A., Forch-Heimer, M., Tate, D., Roller, S., & Toussaint, L. (2008). Ways of coping and perceived stress in women with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 13 (3), 348-354. doi: 10.1177/1359105307088139
- Lifshutz, J., & Colohan, A. (2004). A brief history of therapy for traumatic spinal cord injury. *Neurosurgery Focus*, 16 (5), 1-8. doi: 10.3171/foc.2004.16.1.6
- Lima, M. (2007). *Sexualidade, paraplegia e deficiência: memórias corporais de andarilhos sobre rodas*. Comunicação oral apresentada no Seminário Corpo, Género e Sexualidade, Porto Alegre, Brasil. Lindsey L: Sexuality in males with spinal cord injury. Medical RRTC 1993;InfoSheet #3
- Lindsey, L., Klebine, P., & Wells, J. (2000). *Understanding spinal cord injury and functional goals*. Spinal Cord Injury Infosheet (#5-Level Professional), Birmingham, Alabama: Office of Research Services, University of Alabama, Consultado em 30-09-2010. [em linha]: http://www.flspinalcord.us/upload_documents/Understanding-SCI-2.pdf
- Lins, R., & Braga, F. (2005). *O livro de ouro do sexo*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Lohne, V. (2001). Hope in patients with spinal cord injury: A literature review related to nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33 (6), 317-325.

- Lohne, V., & Severinsson, E. (2004). Hope during the first months after acute spinal cord injury. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3), 279-286. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03099.x
- Lombardi, G., Mondaini, N., Macchiarella, A., & Del Popolo, G. (2007). Female sexual dysfunction and hormonal status in spinal cord injured (SCI) patients. *Journal of Andrology*, 28 (5), 722-726. doi: 10.2164/jandrol.106002113
- Loureiro, S., Faro, A., & Chaves, E. (1997). Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31 (3), 347-67.
- Lourenço, M. (2002). Afectos, sexualidade e desenvolvimento humano. *Revista de Saúde Mental*, IV (2), 20-28.
- Low, W., & Zubir, T. (2000). Sexual issues of the disabled: implications for public health education. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 12, S78-S83.
- Luna, R. (2000). O correto cuidado com a indicação do sildenafil sob o ponto de vista cardiovascular. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, XIII (3), 57-60.
- Madorsky, J., & Dixon, T. (1983). Rehabilitation aspects of human sexuality. *The Western Journal of Medicine*, 139 (2), 174-176.
- Mah, K., & Binik, Y. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 187-200.
- Maior, I. (1988). *Reabilitação sexual do Paraplégico e Tetraplégico*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Margolis, J. (2006). *A história íntima do orgasmo*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Marques, A. (2008). Do meu primeiro beijo à minha primeira relação sexual – questões sobre a iniciação sexual dos jovens. *Mundos sociais: saberes e práticas, VI congresso português de Sociologia UNL*. 565, 1-20.
- Marques, F., Chedid, S., & Eizerik, G. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas de Campinas*, 17 (3-6), 175-183.
- Martins, F., Freitas, F., Martins, L. Dartigues, J., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries – Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord*, 36 (8), 574-8.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown & Co.
- Matter, B., Feinberg, M., Schomer, K., Harniss, M., & Brown, P. (2009). Information needs of people with spinal cord injuries. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32 (5), 545-54.
- Matzaroglou, C., Assimakopoulos, K., Panagiotopoulos, E., Kasimatis, G., Dimakopoulos, P., & Lambiris, E. (2005). Sexual function in females with severe cervical spinal cord injuries: a controlled study with the female sexual function index. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28 (4), 375-377.
- Mayers, K., Heller, D., & Heller, J. (2003). Damaged sexual self-esteem: a kind of disability. *Sexuality and Disability*, 21 (4), 269-282. doi: 10.1023/B:SEDI.0000010069.08844.04
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T.,... Young, W. (1997). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35, 266-274.

- McBride, K., & Rines, B. (2000). Sexuality and spinal cord injury: a road map for nurses. *SCI Nursing, 17* (1), 8-13.
- McCabe, M., & Taleporos, G., (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior, 32* (4), 359–369. doi: 10.1023/A:1024047100251
- McDonnell, D. (2004). History of spinal surgery: one's neurosurgeon's perspective. *Neurosurgical Focus, 16* (1), 1-5.
- McGillivray, C., Hitzig, S., Craven, C., Tonack, M., & Krassioukov, A. (2009). Evaluating knowledge of autonomic dysreflexia among individuals with spinal cord injury and their families. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 32* (1), 54–62.
- McInnes, R. (2003). Chronic illness and sexuality. *Medical Journal of Australia, 179*, 263-266.
- Meinerz, N. (2010). Corpo e outras (de)limitações sexuais: Uma análise antropológica da revista *Sexuality and Disability* entre os anos de 1996 e 2006. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 25* (72), 117-131.
- Mendes, A., Cardoso, F., & Savall, A. (2008). Sexual Satisfaction in People with Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability, 26* (3). 137-147. doi: 10.1007/s11195-008-9083-y
- Migliorini, C. & Tonge, B. (2009). Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41* (6), 445-450. doi: 10.2340/16501977-0358
- Miller, E. (2006). Who adjusts? *SCI psychosocial process, 19* (1) (no pages).

- Miller, H., & Hunt, J. (2009). Female sexual dysfunction: review of the disorder and evidence for available treatment alternatives. *Journal of Pharmacy Practice*, 16 (3), 200-208. Doi: 10.1177/0897190003253959
- Miller, S. (1988). Spinal cord injury: self-perceived sexual information and counseling needs during the acute, rehabilitation and post-rehabilitation phases. *Rehabilitation Psychology*. 33 (4), 221-6.
- Milligan, M., & Neufeldt, A. (2001). The myth of asexuality: a survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*, 19 (2), 91-109. doi: 10.1023/A:1010621705591
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). The Development of Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 5 (1), 1-10.
- Minayo, M., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 9 (3), 239-262.
- Ministério da Saúde-DGS (2003). *Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação*. Lisboa.
- Mona, L., Cameron, R., Goldwaser, G., Miller, A., Syme, M., & Fraley, S. (2009). Prescription for Pleasure: Exploring Sex-Positive Approaches in Women with Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 15 (1), 15-28. doi: 10.1310/sci1501-15
- Money, J., Miralles, A., & Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana: Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde la concepción hasta la madurez*. Madrid: Morata.
- Moonla, T., Tongprasert, S., & Kovindha, A. (2010). Sexual functions and sexual relationships of Thai men with chronic spinal cord injury. *Chiang Mai Medical Journal*, 49 (3), 89-96.

- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2 (16), 1-276.
- Murta, S., & Guimarães, S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 57-63. doi: 10.1590/S1413-294X2007000100007
- Naderi, S., Türe, U., & Pait, T. (2004). History of spinal cord localization. *Neurosurgical Focus*, 16 (15), 1-6. doi: 10.3171/foc.2004.16.1.16
- Nascimento, A., & Menandro, P. (2005). Memória social e saúde: especificidades e possibilidades de articulação na análise psicossocial de recordações. *Memorandum*, 8, 5-19.
- Nicotra, A., Critchley, H., Mathias, C., & Dolan, R. (2006). Emotional and autonomic consequences of spinal cord injury explored using functional brain imaging. *Brain*, 129 (Pt 3), 718–728. doi: 10.1093/brain/awh699
- Nielsen, M. (2003). Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*, 41, 296-302. doi:10.1038/sj.sc.3101427
- Nosek, M., Rintala, D., Young, M., Howland, C., Foley, C., Rossi, D., & Chanpong, G. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 107-15.
- Novak, P., & Mitchell, M. (1988). Professional involvement in sexuality counseling for patients with spinal cord injuries. *American Journal of Occupational Therapy*. 42 (2), 105-12.
- Oh, S., Shin, H., Paik, N., Yoo, T., & Ku, J. (2006). Depressive symptoms of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44, 757-762. doi: 10.1038/sj.sc.3101903

- Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 63-67.
- Ord, J., Lunn, D., & Reynard, J. (2003). Bladder management and risk of bladder stone formation in spinal cord injured patients. *The Journal of Urology*, 170, 1734-173. doi:10.1097/01.ju.0000091780.59573.fa
- Ostrander, N. (2009) sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord injuries. *Sexuality and Disability*, 27, 11-19. doi: 10.1007/s11195-008-9103-y
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 357-370.
- Pearce, J. (2008). The development of spinal cord anatomy. *European Neurology*, 59, 286-291
- Pentland, W., Walker, J., Minnes, P., Tremblay, M., Brouwer, B., & Gould, M. (2002). Women with spinal cord injury and the impact of aging. *Spinal Cord*, 40, 374-387. doi: 10.1038/sj.sc.3101295
- Pereira, M., & Araújo, T. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63 (2b), 502-507.
- Pereira, M., & Araujo, T. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *PSICO*, 37 (1), 37-45.
- Phelps, J., Albo, M., Dunn, K., & Joseph, A. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: activities, function, needs, and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (6), 591-602. doi: 10.1023/A:1011910900508

- Porst, H. (2005). Transurethral alprostadil administration with MUSE ("Medicated Urethral System for Erection"). Current overview and personal experience. *Der Urologe*, 37 (4), 410-6.
- Quartilho, M. (2003). Sexualidade e construcionismo social. In L. Fonseca C. Soares, & J. M. Vaz. *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar II*. (pp. 117-153). Coimbra: Quarteto Editora.
- Radl, J., & Dunham, D. (1998). Recent Developments in the Treatment of Erectile Dysfunction. *Journal of the Pharmacy Society of Wisconsin, Pharmacotherapy Perspectives*, 26-31.
- Raghav, S. (2009). Sexuality and spinal injury. *Indian Journal of Neurotrauma*, 6 (1), 91-92.
- Ramos, A., & Samsó, J. (2004). Specific aspects of erectile dysfunction in spinal cord injury. *International Journal of Impotence Research*, 16 (2), 42-5. doi: 10.1038/sj.ijir.3901242
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P., & Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167–174. doi: 10.1038/sj.ijir.3901193
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação*. Porto: Livpsic.
- Richards, J., Kogos, S., & Richardson, E. (2006). Psychosocial measures for clinical trials in spinal cord injury: quality of life, depression and anxiety. *Topics of Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 11 (3), 24-35. doi: 10.1310/CQTH-UGPP-ELKX-1F96
- Rodrigues, A., Albuquerque, C., Bento, C., Vieira, J., & Silva, J. (2004). *Grounded Theory: problemas de alicerçagem*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

- Rohrer, J. (2001). *Factors in the marital adjustment of couples after the spinal cord injury of one of the partners*. [Dissertação de Mestrado não publicada], 62-05, Section: B, p. 2291. Ohio: University of Cincinnati.
- Rosen, R., & Beck, J. (1988). *Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Rosenbaum, M. (1978). Sexuality and the physically disabled: the role of the professional. Presented at a combined meeting on Sexuality; Its Problems and Treatment in the Disabled held by the Section on *Physical Medicine and Rehabilitation and the Section on Psychiatry of the New York Academy of Medicine*, 54 (5).
- Sadovsky, R., Dunn, M., & Grobe, M. (1999). Erectile dysfunction: The primary care practitioner's view. *The American Journal of Managed Care*, 5 (3), 333-343.
- Sakellariou, D. (2006). If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 24 (2), 101-111. doi: 10.1007/s11195-006-9008-6
- Sakellariou, D., & Sawada, Y. (2006). Sexuality after spinal cord injury: The Greek male's perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 311-319. doi: 10.5014/ajot.60.3.311
- Sartori, N., & Melo, M. (2002). Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. *Medicina Ribeirão Preto*, 35, 151- 59.
- Schopp, L., Good, G., Mazurek, M., Barker, K., & Stucky, R. (2007). Masculine role adherence and outcomes among men with spinal cord injuries. *Disability & Rehabilitation*, 29, 625-633.
- Schuetz-Mueller, D., Tiefer, L., & Melman, A. (1995). Follow-up of vacuum and nonvacuum constriction devices as treatments for erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21, 229-238.

- Schuler, M. (1982). Sexual counseling for the spinal cord injured: a review of five programs. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8 (3), 241-52.
- Sena, T. (2010). Os relatórios Masters & Johnson: Gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Estudos Feministas de Florianópolis*, 18 (1), 221-239.
- Sharma, C., Singh, R., Dogra, R., & Gupta, S. (2006). Assessment of sexual functions after spinal cord injury in Indian patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29 (1), 17-25.
- Silva, A., Sousa, P., Miranda, M., & Andrade, M. (2010). Litíase vesical na lesão medular aguda. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 119-124.
- Silva, L., & Albertini, P. (2007). A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 19 (1), 37-48.
- Simoni, R., Leite, M., Fófano, R., Giancoli, M., & Cangiani, L. (2003). Hiperreflexia autonômica em gestante tetraplégica: Relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 53 (4), 481-488.
- Singh, U., Gogia, V., & Handa, G. (2002). Occult problem in paraplegia - A case report. *Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 13, 19-23.
- Sipski, M. (1991). The impact of spinal cord injury on female sexuality, menstruation and pregnancy: a review of the literature. *The Journal of the American Paraplegia Society*, 14, 122-126.
- Sipski, M. (2000). Future options for improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6 (1), 148-154. doi: 10.1310/2YBL-JFVP-F0WF-X7KW

- Sipski, M., Alexander, C., Gomez-Marin, O., Grossbard, M., & Rosen, R. (2005). Effects of vibratory stimulation on sexual response in women with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42 (5), 609-616. doi: 10.1682/JRRD.2005.01.0030
- Sipski, M., Alexander C., & Rosen R. (1995). Orgasm in women with spinal cord injuries: a laboratory-based assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76 (12), 1097-102.
- Sipski, M., Alexander, C., & Rosen, R. (2001). Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury. *Annals of Neurology*, 49, 35-44. doi: 10.1002/1531-8249
- Sipski, M., Alexander, C., Gomez-Marin, O., Grossbard, M., & Rosen, R. (2005). Effects of vibratory stimulation on sexual response in women with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42 (5), 609-616. doi: 10.1682/JRRD.2005.01.0030
- Soden, R., Walsh, J., Middleton, J., Craven, M., Rutkowski, S., & Yeo, J. (2000). Causes of death after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 38, 604-610.
- Sodré, P., & Faro, A. (2008). Estudo sobre as alterações da função sexual em mulheres com lesão medular residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP. *Acta Fisiátrica*, 15 (3), 149-155.
- Spica, M. (1989). Sexual counseling standards for the spinal cord-injured. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 21 (1), 56-60.
- Spinal Cord Injury Information Network (n.d.). SCI - Functional goals for specific levels of complete injury. University of Alabama at Birmingham, Consultado em 01-08-2010. [em linha]: <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=30166>.

- Spizzirri, G., & Abdo, C. (2010). Patients receiving physical rehabilitation: Records of sexual function before the introduction of erectogenic drugs. *Sexuality and Disability, 28*, 29–37. doi: 10.1007/s11195-010-9148-6
- Stevenson, R. (2004). Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 673-677.
- Stien, R. (2008). Sexual dysfunction in men with spinal injuries. *Tidsskr Nor Laegeforen. 128* (4), 453-456.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994) Grounded Theory Methodology: an overview, In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-18). California: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada*. (2ª ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Suaid, H., Rocha, J., Martins, A, Cologna, A., Suaid, C., Ribeiro, A., & Salzedas, P. (2002). Abordagem pelo urologista da sexualidade no lesado raquimedular. *Acta Cirúrgica Brasileira, 17* (3), 41-43.
- Swindle, R., Cameron, A., & Rosen, R. (2006). A 15-item short form of the psychological and interpersonal relationship scales. *International Journal of Impotence Research, 18*, 82–88.
- Szasz, G. (1989). Sexuality in persons with severe physical disability: A Guide to the physician. *Canadian Family Physician, 35*, 345-351.

- Szasz, G (1991). Sex and disability are not mutually exclusive - Evaluation and management. *Rehabilitation Medicine-Adding Life to Years [Special Issue]. Western Journal of Medicine, 154*, 560-563.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability, 19*, 131–148. doi: 10.1023/A:1010677823338
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability, 20*, 177–183. doi: 10.1023/A:1021493615456
- Tepper, M. (1992). Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. *Sexuality and Disability, 10* (1), 15-31. doi: 10.1007/BF01102245
- Tepper, M. (1997). Use of sexually explicit films in spinal cord injury rehabilitation programs. *Sexuality and Disability, 15* (3), 167-181. doi: 10.1023/A:1024732802558
- Thierry, J. (2006). The importance of preconception care for women with disabilities. *Maternal and Child Health Journal, 10*, S175-S176. Doi: 10.1007/s10995-006-0111-1
- Torres, A. (2004). Amor e ciências sociais – Travessia. *Revista de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa, 4/5*, 15-45.
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. (2ª ed.). Petropolis: Vozes.
- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública, 39* (3), 507-514.

- Turpin, J., Barbin, J., Bui-Xuân, G., Marcellini, A., Mikulovic, J., & Ninot, G. (1997). Plaisir et handicap physique: Contribution à une approche scientifique du plaisir. *Corps et culture*, 2, 1-13.
- Utida, C., Truzzi, J., Bruschini, H., Simonetti, R., Cedenho, A., Srougi, M., & Ortiz, V. (2005). Male infertility in spinal cord trauma. *International Brazilian Journal of Urology*, 31 (4), 375-383.
- Vaidyanathan, C., Glass, B., Soni, B., Bingley, J., Singh, G., Watt, J., & Sett, P. (2001). Doctor - Patient Communication: Do people with spinal cord injury wish to receive written information about their medical condition from the physicians after an outpatient visit or after a readmission in the spinal unit? *Spinal Cord*, 39, 650 -653.
- Vall, J., & Braga, V. (2005). Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. *Revista de Enfermagem*, 9 (3), 404- 10.
- Valtonen, K., Karlsson, A., Siösteen, A., Dahlöf, L., & Viikari-Juntura, E. (2006). Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *Informa Healthcare*, 28 (16), 965-976. doi: 10.1080/09638280500404362
- Vaz Serra, A. (1988a). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Vaz Serra.
- Vaz, J. (2003). Sexualidade e história. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Eds.). *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar II* (pp. 15-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Venturini, D., Decésaro, M., & Marcon, S. (2007). Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 41 (4), 589-96.

- Wang, M., O'Shaughnessy, B., Haq, I., & Green, B. (2004). Pain following spinal cord injury. *Seminars in Neurosurgery*, 15 (1), 99-105.
- Weingardt, K., Hsu, J., & Dunn, M. (2001). Brief screening for psychological and substance abuse disorders in veterans with long-term spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 46 (3), 271-278. doi: 10.1037//0090-5550.46.3.271
- Wiwanitkit, V. (2009). Lower paraplegia in females: Sexuality aspect. *Sexuality and Disability*, 27 (1), 61-63. doi: 10.1007/s11195-008-9104-x
- World Association for Sexology (WAS) (1999). *Declaration of Sexual Rights - Adopted in Hong Kong at the 14th World Congress of Sexology*, Agosto [em linha]. Disponível em <http://www.siecus.org/inter/inte0006.html>. [consultado 04/09/2010]
- World Association for Sexology (WAS) (2000). *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*. Guatemala: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). Sexual health: new focus for WHO. *Progress in reproductive health research*, 67 [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf> [consultado 02/09/2010].
- Wuermsler, L., Ho, C., Chiodo, A., Priebe, M., Kirshblum, S., & Scelza, W. (2007). Spinal cord injury medicine - Acute care management of traumatic and nontraumatic injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88 (1), S55-S61.
- Wyndaele, M., & Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44 (9), 523-529.
- Yoshida, K. (1993). Reshaping of self: A pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness*, 15 (2), 217-245. doi: 10.1111/1467-9566.ep11346888

Young, R., & Woolsey, R. (1995). *Diagnosis and management of disorders of the spinal cord*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Questionário	331
ANEXO II – Esclarecimento da investigação	335
ANEXO III – Formulário de Consentimento Informado	339
ANEXO IV – Entrevista semi-estruturada - Momento II	341
ANEXO V – S05 – Entrevista Momento II	343
ANEXO VI – S021 – Entrevista Momento II	347
ANEXO VII – S010 – Entrevista Momento II	351
ANEXO VIII – S029 – Entrevista Momento II	355
ANEXO IX – Esquema do Momento III	359
ANEXO X – Exemplo de desenho individual de intervenção	361
ANEXO XI – Entrevista semi-estruturada - Momento IV	363

ANEXO XII – S05 – Entrevista Momento II	365
ANEXO XIII – S021 – Entrevista Momento II	367
ANEXO XIV – S010 – Entrevista Momento II	369
ANEXO XV – S029 – Entrevista Momento II	371
ANEXO XVI – Exemplo de unidades de análise para codificação – Momento II	373
ANEXO XVII – Exemplo de unidades de análise para codificação – Momento IV	389

QUESTIONÁRIO

Recolha de Dados

Sociodemográficos

Sujeito Nº _____

Data da recolha ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____ Sexo _____ (F/M)

Estado afectivo: Com relacionamento Sem relacionamento

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever 1º ciclo
2º ciclo 3º ciclo 12º ano
Licenciatura Pós-graduação Outro

Situação Profissional: Estudante Empregado Desempregado
Outro

Prática Religiosa: Sim Não

Recolha de Dados

Lesão Medular

Etiologia:

Traumatismo Acidente de viação Acidente desportivo
Acidente de trabalho Outros
Agressão Bala Arma branca Outra

Nível:

Cervical C_____ Dorsal D_____
Lombar L_____ Sagrada S_____

Tipo: Completa Incompleta
Extensão: ASIA _____

Recolha de Dados
Impacto Psicológico

Eventuais perturbações emocionais:

Problemáticas decorrentes da lesão que julga poderem exercer influência no seu estado emocional	Não tenho problemas dessa natureza	Tenho esse problema mas não me incomoda	Tenho esse problema e sinto-me incomodado	Por causa desse problema sinto-me muito abalado emocionalmente
Perdas de urina				
Perdas de gases ou fezes				
Alterações do desejo sexual				
Alterações do desempenho sexual				
Problemas de natureza emocional (tristeza, vazio, desmotivação...)				
Abalo na auto-imagem e na auto-estima				

Recolha de Dados
Informações de ordem sexual e reprodutiva

Relevância da vida sexual:

Qual a importância que atribuía à sua vida sexual antes da lesão?	Nada importante <input type="checkbox"/>	Pouco importante <input type="checkbox"/>	Importante <input type="checkbox"/>	Muito importante <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--

Presentemente qual a importância que atribui à sua vida sexual?	Nada importante <input type="checkbox"/>	Pouco importante <input type="checkbox"/>	Importante <input type="checkbox"/>	Muito importante <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--

Luto sexual – Pensamento:

Após quanto tempo decorrido da lesão pensou na sua vida sexual?

0-3 meses 4-7 meses 8-11 meses Mais de 12 meses

Conversou com alguém acerca das suas dúvidas?

Sim Não

Se sim, com quem?

Médico Enfermeiro Psicólogo Parceiro Outros

Que tipo de resposta obteve?

É cedo demais para pensar nisso

Explicações vagas e sem orientações

Existem alternativas a explorar

Luto sexual – Actividade:

Após quanto tempo decorrido da lesão teve algum contacto sexual?

(pode considerar-se contactos de auto-estimulação)

Ainda não experimentou 0-3 meses 4-7 meses 8-11 meses

Mais de 12 meses

Alteração da satisfação sexual:

A sua satisfação sexual sofreu alterações de impacto negativo		
Discordo	Concordo	Concordo completamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alteração da satisfação sexual:

Depois da lesão, ao ter actividade sexual, o orgasmo acontece...			
Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre

Gostaria de (re)experimentar a maternidade/paternidade? Sim Não

Tem informações acerca dessa possibilidade? Sim Não

Quem informou? _____

Zonas potencialmente erógenas:

Presentemente, que zonas do seu corpo identifica como sendo potencialmente erógenas?

Zonas	Nada	Pouco	Razoável	Muito
Cabeça				
Boca				
Orelhas				
Pescoço				
Nuca				
Ombros				
Braços				
Mãos				
Mamilos				
Ventre				
Pernas				
Pés				
Área genital				
Outras Quais?				

Qual destas duas representações considera potencialmente excitante para si?

Palavras Imagens Ambas Nenhuma delas

Esclarecimentos da investigação

Este documento visa informá-lo acerca da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração. Por favor leia com atenção, assegurando-se que compreende detalhadamente todo o seu conteúdo. Se pretender obter mais alguma informação acerca do que aqui vem mencionado ou de outro detalhe omissos neste texto, por favor sinta-se à vontade para o fazer através dos contactos fornecidos abaixo.

Título da Investigação

“Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração de um Programa Reabilitador.”

Objectivos da Investigação

Este trabalho tem como objectivo principal contribuir para a construção de um Modelo de Reabilitação que pretende fornecer novos métodos e técnicas de abordagem na satisfação sexual e na reconstrução da sexualidade do indivíduo.

Procedimentos

Através de instrumentos de colheita (questionário e entrevistas semi-estruturadas), serão colhidos alguns dados que, entre outros, permitirão perceber o grau de satisfação sexual e as potencialidades para a re-organização da sexualidade do sujeito.

Colocar-se-á em prática um modelo de reabilitação sob orientação e observação da investigadora.

O último momento centra-se na avaliação da intervenção através de recolha qualitativa. Podem ser feitas entrevistas com recurso a gravação áudio e vídeo, destinando-se a auxiliar a investigadora na análise de dados, podendo ser objecto de transcrição, porém respeitando a absoluta confidencialidade.

Antes de se iniciar qualquer colheita ou de colocar em prática alguma técnica, os procedimentos serão explicados detalhadamente aos participantes.

Riscos da investigação

Durante o processo poder-se-á evocar algum aspecto relacionado com o evento que motivou a lesão, podendo daí advir algum desconforto psicológico. Poderá cessar a sua participação a qualquer momento, retomando o processo mais tarde, ou simplesmente desistir por completo. No entanto, realça-se que a formação clínica da investigadora permitirá que esteja atenta a estes sinais de desconforto, bem como à sua monitorização.

Condições de Participação

Como já lhe foi informado a sua participação neste estudo é totalmente voluntária. No início é-lhe pedido que assine um formulário de consentimento informado onde declara conhecer os objectivos e condições de realização desta investigação. Junto com este documento, ser-lhe-á também entregue uma cópia assinada desse formulário.

Ainda que já tenha assinado o formulário de consentimento informado, pode desistir a qualquer momento, sem que tenha que dar qualquer explicação para a sua decisão. Nenhuma consequência decorrerá desse facto. Aos participantes que colaborarem em todas as etapas, ser-lhes-á facultado acesso aos principais resultados da investigação.

Os momentos de intervenção a realizar serão directamente marcados com a investigadora responsável – Ana Garrett – num dia e hora, previamente acordados, da conveniência dos participantes e da organização interna dos locais onde esta será elaborada.

Critérios de participação

Pessoas de ambos os sexos, com lesão medular adquirida, paraplegia ou tetraplegia, completa ou incompleta, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos e que tenham tido algum relacionamento com componente sexual.

Confidencialidade

Toda a informação que nos forneça será tratada de forma rigorosamente sigilosa, sendo que apenas a investigadora e os responsáveis pela sua orientação podem ter acesso a ela. Em caso algum a sua identificação será revelada, nem tão pouco alguma característica que lhe possa ser associada, sendo que a ser necessário fazer-se referência, far-se-á, utilizando um nome fictício. A ocorrerem gravações áudio e/ou vídeo, estas poderão ser objecto de transcrição e servirão apenas de apoio para análise de dados.

Contactos

Para que possam obter qualquer esclarecimento adicional a este documento poderão contactar a investigadora responsável:

Ana Garrett
Universidade Fernando Pessoa - Sec. Doutoramentos
Praça 9 de Abril, 4249-004 Porto
meialaranja@hotmail.com

Orientadores responsáveis pela investigação:

Profª Doutora Zélia Teixeira – Docente Universidade Fernando Pessoa, Porto
Prof. Doutor Fernando Martins – Docente Universidade Fernando Pessoa, Porto

Formulário de Consentimento Informado

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para atestar que os participantes na investigação conducente à Tese de Doutoramento de Ana Maria Roque Garrett, com o título “Contributos Para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Vértebro-Medulares: Elaboração de um Programa Reabilitador”, conhecem os objectivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

Assim, _____, declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos directos com a investigadora. Mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e que pode desistir a qualquer momento sem que para tal necessite de justificar o que quer que seja. Declara, ainda, que permite que se utilizem registos áudio/vídeo e sua transcrição para apoio à análise dos dados e que acaso surjam algumas questões ao longo do processo pode colocá-las junto da investigadora.

Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante

Data

____/____/____

Assinatura da Investigadora

Data

____/____/____

Entrevista semi-estruturada

Momento II

1. O que entende por sexualidade?
2. Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?
3. Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?
4. Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade sexual e como o descreve?
5. Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?
6. Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?
7. Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?
8. Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?
9. Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?

S05 – Entrevista Momento II

Q1 - O que entende por sexualidade?

Então sexualidade é o acto sexual entre um homem e uma mulher, é fazerem amor quando se gosta... também há sexualidade quando não se gosta, não é? Mas a sexualidade a que eu me refiro é quando há amor, é fazer amor.

Q2 - Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?

Ao principio eu queria e não queria... ou seja, eu queria experimentar para ver como estava tudo e o meu marido também me incentivava a isso, mas por outro lado tinha medo, não sabia o que ia encontrar porque eu não tenho nenhuma sensibilidade na vagina e punha-me a pensar como é que ia ser... agora já fiz e não sinto lá nada, mas gosto muito dos beijos, dos abraços, das carícias do meu marido, sinto isso tudo, mas nunca mais tive prazer lá.

Q3 - Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?

Por um lado ele parece que ficou mais atencioso, mais querido, mais meu amigo... eu até pensava ao principio que era sol de pouca dura, que era por pena, mas com o tempo as coisas têm esfriado mais, parece que não está tão atencioso e no sexo também diz muitas vezes que não sabe o que 'tá a fazer se eu não 'tou a sentir nada... diz que assim também não se sente bem. Eu acho que mudou alguma coisa, assim muito ao de leve, mas mudou.

Q4 - Presentemente como descreve aquilo que identifica como o auge da sua actividade sexual?

É o carinho dele, os beijinhos e os abraços. E também quando me beija nos mamilos porque eu sempre tive muita sensibilidade nos mamilos e isso não perdi e ele agora até abusa para eu ter mais prazer e tenho. Quando ele está mesmo empenhado é muito bom.

Q5 - Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?

Eu continuo a gostar muito de fazer amor com o meu marido, mas às vezes confesso que tenho... eh... tristeza... recordo muitas vezes... era tudo normal, sem problemas e agora tantas... tantas condições... a bexiga, os intestinos... é tudo... tudo contribui para a insegurança...

Q6 - Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?

Não como antes. Nunca mais senti aquilo a vir pelas pernas acima... era desde as pontas dos pés... tão bom... agora é uma sensação de prazer mas é mais na cabeça, é psicológico... se calhar é só bem-estar, não sei... mas sabe-me muito bem.

Q7 - Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?

Como é que faz... se é mesmo preciso aquilo da sonda... é que é muito mau, porque o homem perde... enquanto espera... quem espera desespera... sabe como é... e eu fico envergonhada... eu já falei com outras lesionadas e elas também falam muito dos carinhos, todas dizem que é muito bom, os beijos...

Q8 - Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?

A mesma pergunta que fiz antes... é mesmo preciso fazer esvaziamento? E será que a ciência não vai evoluir para eu voltar a sentir prazer na vagina como antes?

Q9 - Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?

Tem que vir falar com a psicóloga... isso é muito importante. É a maior ajuda porque muitas coisas passam-se ao nível da nossa cabeça e se ficarmos com isso dentro de nós

seremos sempre infelizes e já basta tudo o resto. Fazer amor é bom e a ajuda da terapia é muito, muito importante porque há outras coisas para compensar.

S021 – Entrevista Momento II

Q1 - O que entende por sexualidade?

Acho que está relacionada com vários factores... eh... e não é só o acto sexual em si... acho que engloba... a minha opinião é que engloba comportamentos, orientação sexual... eh... intimidade... e desenvolvimento também... é fundamental... assim... é parte do ser humano.

Q2 - Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?

É assim... antes a vida sexual era muito importante para mim... para nós, eu e o meu marido tínhamos uma vida sexual bastante activa... eh... e... tanto que eu pensei logo nisso, pouco tempo depois do acidente e tudo e até perguntei, mas disseram-me que iam ver e tal e até hoje... nada.... Bom... mas... agora o que afectou foi eu já não ter sensibilidade e isso é logo uma coisa... e por isso nem nunca mais tive orgasmo nem nada, percebe... afectou muito... mas eu sei que há outras formas... tenho é que as encontrar.

Q3 - Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?

Às vezes penso que isto nos veio aproximar de um forma mas afastar de outra. Agora ele está mais vezes em casa porque tem que cuidar de mim... mas há sinais... eh... não sei explicar... parece-me que ele estaria melhor com outra pessoa... que o acompanhasse, que não fosse um empecilho... falo com ele muitas vezes sobre se ele não queria ter outra vida e ele antes passava-se... dizia 'tás maluca, eu adoro-te e tal... mas agora já não é muito incisivo a dizer isso... fica mais calado, a pensar e não responde assim espontaneamente... mudaram muitas coisas... ah... antes era tudo tão simples entre nós... agora primeiro que, por exemplo, conseguimos sair de casa nem imagina... e acho que ele se vai ressentindo com este tipo de coisas... farta-se...

Q4 - Presentemente como descreve aquilo que identifica como o auge da sua actividade sexual?

Não tenho auge... (risos)... não... agora a sério... bem, a sério é que não tenho auge... é tudo muito mecanizado... tratar da bexiga... colocar-me numa posição confortável para os dois e pronto... talvez, quando ele tem orgasmo... sim, dessa parte gosto muito, sinto-me bem, sinto-me ainda a mulher dele...

Q5 - Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?

Tenho saudades de como era antes. Penso sempre nisso... todas as vezes... eh... todinhas... sempre que temos... fazemos amor... eu lembro-me de como era antes, tudo tão simples e agora... bem... sabe que não é um momento muito feliz... não, não é... mas é claro que o carinho mais íntimo com o meu marido me faz muita falta e não quero perder isso, mas... não é aquela coisa...

Q6 - Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?

Não, nunca mais... eh... não sinto nada... portanto... se calhar até tenho orgasmo, só que não sinto... às vezes sinto assim uma onda de bem-estar psicológico... mais da alma... assim no peito... e sinto-me bem com isso, mas sensações físicas não tenho nenhuma.

Q7 - Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?

Essa satisfação aconteceu logo ou foi aparecendo com o tempo? Eu julgo que é com o tempo que nos vamos adaptando... experimentando isto... aquilo... eh... eu já falei com algumas pessoas com este problema... na altura da reabilitação e não conheci ninguém que estivesse satisfeito com a vida sexual... não há nada, informação nenhuma... não há ajudas.

Q8 - Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?

Ah... fácil... como é que se volta a ter sensibilidade? Algum dia voltarei a ser como era... a nível sexual, claro... eu não sou daqueles que acham que um dia vamos andar... mas se pudéssemos ter algumas satisfações era bom...

Q9 - Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?

Ah... tem que ter muita paciência e insistir... não é à primeira nem à centésima vez que vai encontrar um... assim... um padrão de satisfação... vai encontrar tudo diferente, tudo é uma complicação, tudo é muito difícil... e tem que se perguntar e falar com as pessoas que sabem disso... aconselhar-se... como é que hei-de dizer... ter consultas para ser orientado e assim. E conversar muito com os companheiros... e preciso haver muito diálogo... olhe, é preciso haver muito amor para ultrapassar isto tudo e mais ainda as questões do sexo.

S010 – Entrevista Momento II

Q1 - O que entende por sexualidade?

Por sexualidade? Por sexualidade... é o acto sexual, não é? É a vida sexual que um casal tem, por exemplo. Ter sexualidade é natural e é uma coisa maravilhosa... eh... eu tenho muitas saudades da minha sexualidade... lá está... por ser uma coisa que para além de fazer parte de nós, ainda por cima é muito bom. Eu até acho que... eh... acho que não há nada que se compare, quando é bem feita.

Q2 - Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?

Olhe assim o mais... o que eu noto mais... é que nunca mais me senti o mesmo... isto é o seguinte... agora, por exemplo, já não penso tanto em sexo... é uma coisa... depois outra... demoro muito mais tempo... e depois como demoro muito tempo, perco... perco a coisa... e não consigo ter... orgasmo, vamos lá... eh... e antes tinha sempre, 'né? Mas agora é isto. E também se quiser fazer sozinho, às vezes... a mulher não apetece ou assim... aí é que nunca mais consegui... sozinho nunca mais fui capaz.

Q3 - Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?

Presentemente as coisas 'tão melhores... eh... houve uma alturas mais lá atrás que eu andava chateado... eh... depois ficava agressivo e ela é que pagava... hum... eh... nem sei o que era, eu é que andava meio maluco, parecia que todos tinham a culpa de eu 'tar assim... mas depois ela falou muito comigo e fez-me ver que eu também precisava dela... e... para ter calma... pronto, foi carinhosa... e eu pedi-lhe desculpas e agora andamos melhor... mas por exemplo, no sexo noto que ela não tem paciência... que faz sacrifício e fico danado com isso, compreende? Ela diz que é mentira, mas eu não sou parvo... e às vezes até tenho medo... qualquer dia dispensa-me.

Q4 - Presentemente como descreve aquilo que identifica como o auge da sua actividade sexual?

Bem... quando me esforço muito... insisto e tal, eu consigo chegar lá... mas... é preciso 'tar ali a tentar, a tentar... quando consigo... quando consigo é bom... não é igual, mas também é bom... só tenho este auge... eh... fico com muitos espasmos nas pernas e é uma mistura até de uma coisa... uma sensação boa com um incómodo, dos espasmos.

Q5 - Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?

Hum... tenho vários... aquilo que eu já disse... que acho que a minha mulher chateia-se com aquilo... eh... depois é 'tar a insistir muito tempo para chegar lá... ah... também às vezes alguma dorzita naquelas zonas que tenho mais... sou mais sensível... até parece com isto tudo que são só queixa... mas não... também há coisas boas... gosto muito mas queria melhorar tudo... queria aprender para não ficar tão ansioso, com este nó na garganta.

Q6 - Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?

Sim... sinto pouco, como já disse. E só sinto porque é com muita teimosia e muita paciência da minha mulher, senão... ora bem, é diferente, é menos intenso... não... como é que eu hei-de explicar... não vem assim pelo corpo todo... fica só ali pela barriga e é muito depressa... passa muito depressa, a sensação.

Q7 - Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?

A gente fala... é natural... eh... trocamos ideias e tal... mas eu não me misturo assim muito... confesso que não me estico muito com a minha vida... mas gosto de ouvir e às vezes tira-se uma ideia daqui outra dali... se eu conhecesse algum que tivesse feliz com o sexo pedia-lhe que me explicasse o que faz, claro... o problema... hum... o problema é que não 'tou a ver nenhum que 'teja bem com isso... mas se houvesse perguntava como faz, como é que conseguiu e tentava copiar algumas coisas.

Q8 - Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?

Eh... se era possível acabar com esta sensibilidade a mais em algumas zonas e tomar alguma coisa para demorar menos tempo a chegar lá... e... como é que podemos dar a volta a isto para também não 'tar a massacrar a mulher... eh... bem... era ficar igual a antes.

Q9 - Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?

Ah que viessem falar consigo (risos)... a sério... acho que tinha sido muito bom para mim e até mesmo para a minha mulher se este serviço tivesse a funcionar na altura que tive o acidente... às tantas agora já 'tava muito melhor. Eu digo a todos que é preciso falarmos com vocês para esclarecer tudo e depois é que devemos experimentar.

S029 – Entrevista Momento II

Q1 - O que entende por sexualidade?

Eh... a sexualidade para mim é... acho que é um acto... como é que hei-de explicar... um acto que deve ser consumado entre duas pessoas... consoante a disposição das duas. Para mim é isto.

Q2 - Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?

Eh... pronto provocou que eu não tenho erecção, perdi a vontade... parece que não tenho vontade, que nunca soube o que era... eh... eu já tive deitado com a minha esposa e não... eh... parece que esqueci, parece que não há nada, não existe nada... não sinto nada. O que me fez procurá-la foi tentar saber coisas sobre o assunto porque ninguém me informou de nada e se houver melhoras, melhor.

Q3 - Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?

Eh... até ver tem sido superado... em todos os sentidos... de apoio, de tentar apoiar-me em tudo o que for necessário, anda sempre a ver se me falta alguma coisa, se não falta... e... eu também ando sempre a falar com a minha esposa para ver como é que anda a situação porque para ela não foi fácil... mas... eu às vezes preocupo-me mais em saber como é que ela anda do que propriamente comigo. Eu desde o dia do acidente que sei a minha situação... talvez se soubesse mais tarde isso me tivesse afectado um pouco... mas neste momento sei aquilo que tenho e às vezes tento explicar melhor, mas ela custasse a acreditar que eu possivelmente não vou andar mais... 'tá sempre a pensar que eu vou voltar a andar... por um lado é bom que ela pense assim... eh... para mim não é bom que ela pense assim porque... eu digo-lhe sempre para pensar naquilo... na realidade que está... tudo o que vier é bom. Eh... na parte sexual mudou tudo... de resto 'tá tudo bem.

Q4 - Presentemente como descreve aquilo que identifica como o auge da sua actividade sexual?

Eu só tentei fazer sozinho... não senti nada... não tenho auge nenhum.

Q5 - Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?

Eh... hum... não sei... pensei talvez que haa alguma forma de mudar esta situação... se não houver forma não sei como é... pronto, vou ter que me habituar à ideia.

Q6 - Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?

Não senti nada parecido.

Q7 - Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?

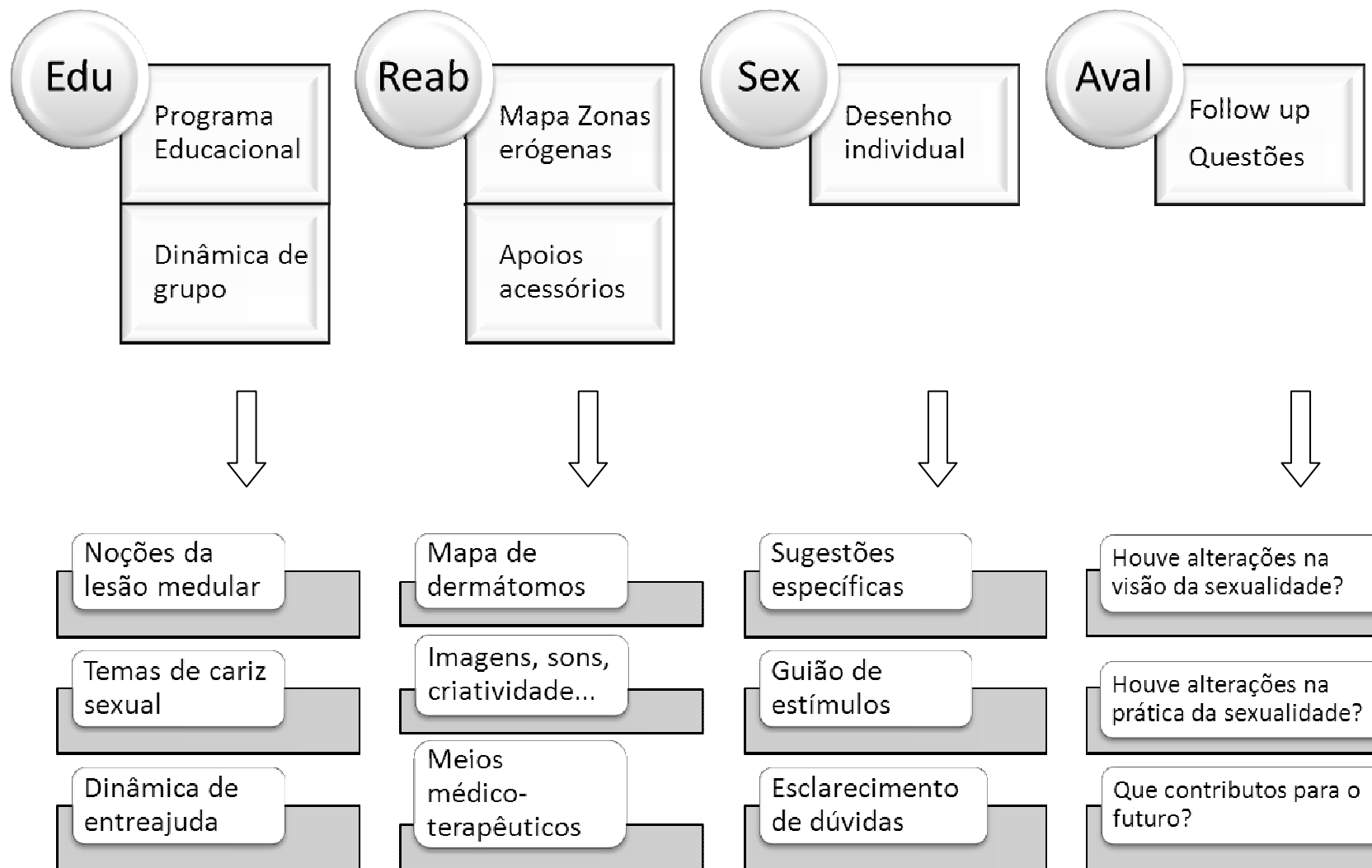
Como é que ele conseguiu... mesmo com uma lesão parecida à minha... hum... como é que se passou, se teve sempre satisfação, se foi através de alguns medicamentos... como é que ele se sente talvez a ter relações com a esposa assim na situação em que está e... é claro que deve ser bom, mas... pronto, isso eram a perguntas que eu gostava de fazer.

Q8 - Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?

Ah... talvez o porquê de eu sentir que a lesão me afectou a parte sexual e é apenas aqui na zona lombar... é longe do pénis... gostava que me explicassem também porque é que há uns que sente o pénis e têm erecção e eu não tenho nada disso.

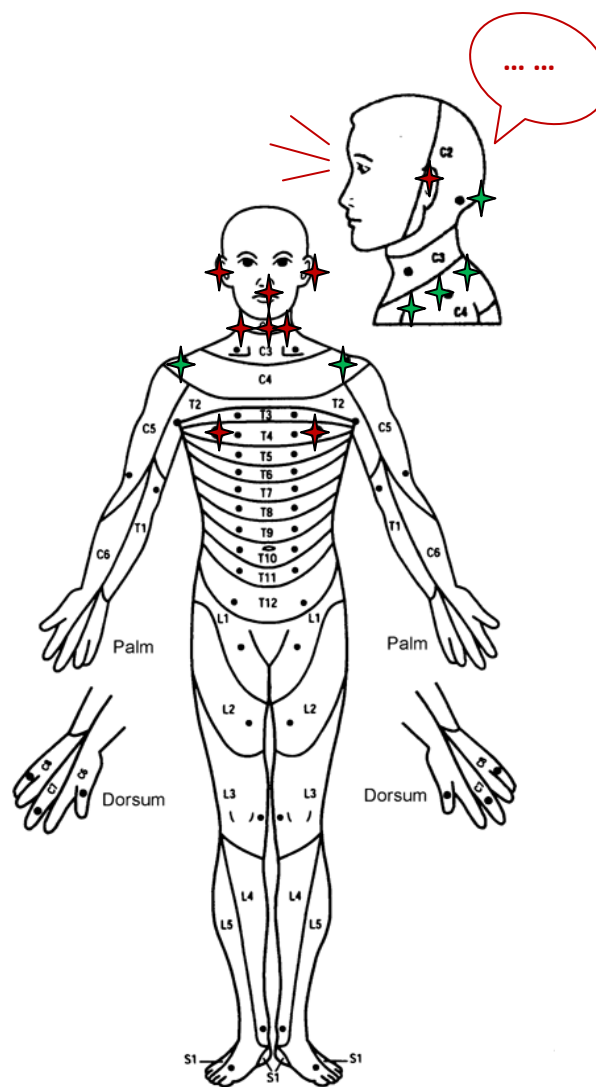
Q9 - Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?

Aconselhava-o a vir falar consigo porque ao princípio talvez seja difícil para ele 'tar a questionar estas coisas todas na cabeça e perguntar a outra pessoa... acho que é mais fácil chegar ao pé da si e conversar consigo... era isso que eu talvez lhe dissesse, tirar dúvidas.



Desenho – S9

Zonas	Nada	Pouco	Razoável	Muito
Cabeça	X			
Boca				X
Orelhas				X
Pescoço				X
Nuca			X	
Ombros			X	
Braços	X			
Mãos	X			
Mamilos				X
Ventre	X			
Pernas	X			
Pés	X			
Área genital	X			
Outras Quais?	_____			



Deve privilegiar:

- a) estimulação oral na zona das orelhas
- b) estimulação oral e massagem no pescoço
- c) apostar no beijo prolongado e sensual
- d) visualizar imagens eróticas (vídeos, fotografias, estimulação da parceira) sozinho e/ou acompanhado
- e) ser estimulado oralmente pela companheira, com expressões de conteúdo erótico

Deve experimentar:

- a) massagem na zona da nuca
- b) estimulação oral e massagem na zona dos ombros

Deve:

- a) criar ambientes românticos
- b) ser criativo

Qual destas duas representações considera potencialmente excitante para si?

Palavras Imagens Ambas Nenhuma delas

Entrevista semi-estruturada

Momento IV

1. Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?
2. Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?
3. Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?

S05 – Entrevista Momento IV

Q1 - Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?

Que a sexualidade está dentro de nós todos, os seres humanos... que não tem nada a ver com ter relações... quer dizer, tem, mas não é só ter relações e que podemos ter sexualidade sempre duma maneira saudável até mesmo sozinhos, a pensar, a imaginar.

Q2 - Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?

Já não estou sempre a pensar que não sinto nada lá no sítio e também ensinei isso ao meu marido. Temos muitas outras coisas para fazer e eu adoro fazê-las. Descobri outras coisas, outras zonas que me dão muita satisfação e que me deixam relaxada e a aproveitar aquele momento tão agradável. Já não me sinto tão inútil porque também tenho prazer. Agora sou eu que puxo muito por ele. As coisas mudaram para melhor e tenho pena é que não tivesse sido há mais tempo!

Q3 - Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?

Quero continuar a pensar assim, a ter vontade de experimentar outras posições, outras maneiras de ter prazer e não vou deixar-me ficar a um canto a pensar que tudo acabou com a lesão, portanto vejo o meu futuro... assim em termos de sexualidade, melhor do que foi até aqui, porque agora sei outras coisas que não sabia e posso aplicá-las para meu próprio bem.

S021 – Entrevista Momento IV

Q1 - Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?

Que há outras alternativas para voltarmos a ter a nossa sexualidade saudável e podemos valorizar-nos com outras coisas sem ser só pensar na parte genital. Também mudou a minha maneira de ver o desejo... o desejo não é só vaginal, vem da nossa imaginação e isso é muito melhor assim. Também informou sobre coisas que há para ajudar no acto e foi muito útil.

Q2 - Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?

Tive aumento do desejo porque tenho mais prazer... nas descobertas novas que fazemos os dois em conjunto. Já não há sacrifício... frete... agora é com mais vontade e por isso acho que consigo sentir-me melhor, ter mais prazer também com recurso a outros estímulos, ver, ouvir... Ah... e também tenho mais confiança em mim própria e no meu marido. Ele fica mais envolvido porque me 'tá a dar prazer e eu gosto disso, 'né? Não tinha informações acerca de vir a ser mãe e agora já tenho.

Q3 - Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?

Tirando as questões da bexiga e assim, até vejo o futuro com optimismo... quero ter mais um filho e empenhar-me sempre em ter prazer e dar ao meu marido... a sexualidade é uma aposta para o futuro porque dali podemos tirar mais e mais satisfação.

S010 – Entrevista Momento IV

Q1 - Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?

Antigamente eu pensava que quando se falava de sexualidade era ter relações, mas a senhora Dra. explicou que é muito mais que isso e que todos, sozinhos, assim nós próprios... quer dizer... que a sexualidade é como se vivesse dentro de nós... e que não é só ter relações... há mais coisas para fazer que são sexualidade... até pode ser oferecer flores ou assim... é muito bonito, gostei muito.

Q2 - Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?

Aprendemos muitas coisas novas que não sabíamos, coisas da lesão que tem influência na sexualidade... isso ajudou a compreender algumas dificuldades e a arranjar alternativas... a aceitar alternativas, por exemplo, experimentar outras coisas que antes não fazia e tal... penso mais agora em mim... penso mais em descobrir uma maneira de ter prazer... não como antes, mas ficar mais satisfeito é o que tento agora e está a resultar... porque dou mais atenção a outras partes do corpo e antes não dava... mais atenção aos carinhos, festinhas e beijinhos e tal... antes era só pensar e pronto... estou muito mais satisfeito agora, nem há comparação.

Q3 - Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?

Acho que já não me vou chatear mais quando ela não quiser porque aprendi que posso fazer sozinho... assim, até só mesmo a imaginar... agora daqui para a frente já sei que tenho outras formas de ficar satisfeito e isso deixa-me mais contente.

S029 – Entrevista Momento IV

Q1 - Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?

Eh... mostrou-me que eu estava errado... quer dizer, estava muito aquém daquilo que a sexualidade engloba e que não é só o acto sexual. Também me mostrou as muitas alternativas que existem para sermos... estarmos satisfeitos com a nossa sexualidade... mudou a minha maneira de ver as coisas... estou mais aberto e percebo que tudo pode ser sexualidade, basta querermos.

Q2 - Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?

Começamos a explorar outras coisas, a apostar na parte da visão e da audição... assim... tipo palavras e ver coisas e isso excita a minha parte psicológica, já que lá não sinto nada... eh... parece que por causa disso o desejo aumentou... não tinha antes... tenho mais vontade em começar uma relação sexual porque sei que vou encontrar novidades e isso é muito motivante. A minha mulher também mudou porque está a fazer muita força para eu ter prazer e 'tá a conseguir... sinto-me melhor de dia para dia.

Q3 - Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?

Penso que vou conseguir chegar a um nível de satisfação para mim... seguir com maior auto-estima que era o que eu já estava a perder, já nem me interessava por sexo... lá está, porque não tinha prazer nenhum naquilo e desistia logo à partida... tenho confiança no futuro porque acredito que a minha sexual irá melhorar e outra coisa é que a minha mulher assim já não precisa de me trocar... também gostava de voltar a ter um filho.

S05 – Codificação – unidades de análise – Momento II

<p>Q1 “O que entende por sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acto sexual entre homem e mulher • Fazer amor quando se gosta • Também há sexualidade quando não se gosta
<p>Q2 “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ao princípio eu queria e não queria • queria experimentar para ver como estava tudo • o meu marido também me incentivava a isso • tinha medo • não sabia o que ia encontrar • não tenho nenhuma sensibilidade na vagina • agora já fiz e não sinto lá nada • gosto muito dos beijos, dos abraços, das carícias do meu marido, sinto isso tudo • mas nunca mais tive prazer lá
<p>Q3 “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por um lado ele parece que ficou mais atencioso, mais querido, mais meu amigo • eu até pensava ao principio que era sol de pouca dura • que era por pena • com o tempo as coisas têm esfriado mais • não está tão atencioso • no sexo também diz muitas vezes que não sabe o que ‘tá a fazer se eu não ‘tou a sentir nada • diz que assim também não se sente bem • Eu acho que mudou alguma coisa, assim muito ao de leve, mas mudou
<p>Q4 “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade sexual e como o descreve?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É o carinho dele, os beijinhos e os abraços • quando me beija nos mamilos • sempre tive muita sensibilidade nos mamilos e isso não perdi • ele agora até abusa para eu ter mais prazer e tenho • Quando ele está mesmo empenhado é muito bom
<p>Q5 “Que sentimen-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • continuo a gostar muito de fazer amor com o meu marido

<p>tos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • às vezes confesso que tenho tristeza • recordo muitas vezes • era tudo normal, sem problemas [resposta paralela] • agora tantas... tantas condições [resposta paralela] • a bexiga, os intestinos [resposta paralela] • tudo contribui para a insegurança
<p>Q6 “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não como antes • Nunca mais senti aquilo a vir pelas pernas acima • era desde as pontas dos pés • (era) tão bom • é uma sensação de prazer mas é mais na cabeça • é psicológico • só bem-estar, não sei • mas sabe-me muito bem
<p>Q7 “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que faz? • é mesmo preciso aquilo da sonda? • é muito mau, porque o homem perde... enquanto espera... quem espera desespera [resposta paralela] • eu fico envergonhada [resposta paralela] • eu já falei com outras lesionadas e elas também falam muito dos carinhos”[resposta paralela] • todas dizem que é muito bom, os beijos [resposta paralela]
<p>Q8 “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • é mesmo preciso fazer esvaziamento? • será que a ciência não vai evoluir para eu voltar a sentir prazer na vagina como antes?
<p>Q9 “Que conselhos daria a alguém que, estando na</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tem que vir falar com a psicóloga • É a maior ajuda porque muitas coisas passam-se ao nível da nossa cabeça e se ficarmos com isso dentro de nós seremos sempre infelizes e já basta tudo o resto [resposta paralela] • a ajuda da terapia é muito, muito importante

sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?”	<ul style="list-style-type: none">• há outras coisas para compensar
--	---

S021 – Codificação – unidades de análise – Momento II

<p>Q1 “O que entende por sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está relacionada com vários factores • Não é só o acto sexual em si • Comportamentos • orientação sexual • intimidade • desenvolvimento • É fundamental • É parte do ser humano
<p>Q2 “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • antes a vida sexual era muito importante para mim • eu e o meu marido tínhamos uma vida sexual bastante activa • eu pensei logo nisso, pouco tempo depois do acidente e tudo e até perguntei, mas disseram-me que iam ver e tal e até hoje... nada [resposta paralela] • eu já não ter sensibilidade • nunca mais tive orgasmo nem nada • afectou muito • eu sei que há outras formas... tenho é que as encontrar
<p>Q3 “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • penso que isto nos veio aproximar de um forma mas afastar de outra • ele está mais vezes em casa porque tem que cuidar de mim • há sinais... eh... não sei explicar • parece-me que ele estaria melhor com outra pessoa • falo com ele muitas vezes sobre se ele não queria ter outra vida e ele antes passava-se • agora já não é muito incisivo a dizer isso, fica mais calado, a pensar e não responde assim espontaneamente • mudaram muitas coisas • antes era tudo tão simples entre nós • agora primeiro que, por exemplo, conseguimos sair de casa nem imagina • acho que ele se vai ressentindo com este tipo de coisas... farta-se
<p>Q4 “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não tenho auge • é tudo muito mecanizado • tratar da bexiga, colocar-me numa posição confortável para os dois e pronto [resposta paralela] • talvez, quando ele tem orgasmo • dessa parte gosto muito, sinto-me bem

<p>actividade sexual e como o descreve?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sinto-me ainda a mulher dele
<p>Q5 “Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tenho saudades de como era antes • Penso sempre nisso • sempre que fazemos amor eu lembro-me de como era antes • tudo tão simples e agora... • não é um momento muito feliz • o carinho mais íntimo com o meu marido me faz muita falta • não quero perder isso (carinho íntimo) • não é aquela coisa (o carinho íntimo)
<p>Q6 “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não, nunca mais • não sinto nada • calhar até tenho orgasmo, só que não sinto • às vezes sinto assim uma onde de bem-estar psicológico • mais da alma • assim no peito • sinto-me bem com isso • sensações físicas não tenho nenhuma
<p>Q7 “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Essa satisfação aconteceu logo ou foi aparecendo com o tempo? • Eu julgo que é com o tempo que nos vamos adaptando... experimentando isto... aquilo [resposta paralela] • já falei com algumas pessoas com este problema [resposta paralela] • não conheci ninguém que estivesse satisfeito com a vida sexual [resposta paralela] • não há nada, informação nenhuma [resposta paralela] • não há ajudas [resposta paralela]
<p>Q8 “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equi-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • como é que se volta a ter sensibilidade • Algum dia voltarei a ser como era a nível sexual • eu não sou daqueles que acham que um dia vamos andar... mas se pudéssemos ter algumas satisfações era bom [resposta paralela]

pa clínica?"	
Q9 “Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?”	<ul style="list-style-type: none">• ter muita paciência e insistir• vai encontrar tudo diferente [resposta paralela]• tudo é uma complicação [resposta paralela]• tudo é muito difícil [resposta paralela]• tem que se perguntar• falar com as pessoas que sabem disso• aconselhar-se• ter consultas para ser orientado• conversar muito com os companheiros• é preciso haver muito amor para ultrapassar isto tudo e mais ainda as questões do sexo

S010 – Codificação – unidades de análise – Momento II

<p>Q1 “O que entende por sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É o acto sexual, não é? • É a vida sexual que um casal tem, por exemplo • Ter sexualidade é natural • é uma coisa maravilhosa • Eu tenho muitas saudades da minha sexualidade • Faz parte de nós • é muito bom • Acho que não há nada que se compare, quando é bem feita
<p>Q2 “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nunca mais me senti o mesmo • já não penso tanto em sexo • demoro muito mais tempo • como demoro muito tempo, perco a coisa e não consigo ter orgasmo • antes tinha sempre • sozinho nunca mais fui capaz
<p>Q3 “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentemente as coisas ‘tão melhores • houve uma alturas mais lá atrás que eu andava chateado, ficava agressivo e ela é que pagava • parecia que todos tinham a culpa de eu ‘tar assim [resposta paralela] • ela falou muito comigo • fez-me ver que eu também precisava dela • foi carinhosa • eu pedi-lhe desculpas e agora andamos melhor • no sexo noto que ela não tem paciência • (no sexo) faz sacrifício e fico danado com isso • Ela diz que é mentira, mas eu não sou parvo • às vezes até tenho medo... qualquer dia dispensa-me
<p>Q4 “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade se-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • quando me esforço muito... insisto e tal, eu consigo chegar lá • preciso ‘tar ali a tentar, a tentar • quando consigo é bom • não é igual, mas também é bom • só tenho este auge

<p>xual e como o descreve?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fico com muitos espasmos nas pernas e é uma mistura de uma sensação boa com um incómodo, dos espasmos
<p>Q5 “Que sentimentos surgem quando tem presentemente um contacto sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • acho que a minha mulher chateia-se com aquilo • é ‘tar a insistir muito tempo para chegar lá • também às vezes alguma dorzita naquelas zonas em que sou mais sensível • também há coisas boas • queria melhorar tudo • queria aprender para não ficar tão ansioso • com este nó na garganta
<p>Q6 “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • sinto pouco • só sinto porque é com muita teimosia • (só sinto porque) muita paciência da minha mulher • diferente • “é menos intenso • não vem assim pelo corpo todo • fica só ali pela barriga • é muito depressa • passa muito depressa, a sensação
<p>Q7 “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A gente fala [resposta paralela] • trocamos ideias [resposta paralela] • confesso que não me estico muito com a minha vida [resposta paralela] • às vezes tira-se uma ideia daqui outra dali [resposta paralela] • se eu conhecesse algum que tivesse feliz com o sexo pedia-lhe que me explicasse o que faz • problema é que não ‘tou a ver nenhum que ‘teja bem com isso [resposta paralela] • se houvesse perguntava como faz • como é que conseguiu • tentava copiar algumas coisas [resposta paralela]
<p>Q8 “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equi-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • se era possível acabar com esta sensibilidade a mais em algumas zonas • tomar alguma coisa para demorar menos tempo a chegar lá • como é que podemos dar a volta a isto para também não ‘tar a massacrar a mulher

pa clínica?”	
Q9 “Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse reiniciar a sua actividade sexual?”	<ul style="list-style-type: none">• que viessem falar consigo• tinha sido muito bom para mim e até mesmo para a minha mulher se este serviço tivesse a funcionar na altura que tive o acidente [resposta paralela]• Eu digo a todos que é preciso falarmos com vocês para esclarecer tudo e depois é que devemos experimentar

S029 – Codificação – unidades de análise – Momento II

<p>Q1 “O que entende por sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Um acto que deve ser consumado entre duas pessoas • Consoante a disposição das duas
<p>Q2 “Quais os efeitos que a lesão teve e tem na sua actividade sexual?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • não tenho erecção • perdi a vontade • parece que não tenho vontade • já tive deitado com a minha esposa e não... • parece que esqueci” • parece que não há nada, não existe nada • não sinto nada • O que me fez procurá-la foi tentar saber coisas sobre o assunto porque ninguém me informou de nada e se houver melhoras, melhor [resposta paralela]
<p>Q3 “Qual o impacto da lesão na sua relação afectiva?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • até ver tem sido superado • anda sempre a ver se me falta alguma coisa, se não falta • ando sempre a falar com a minha esposa • para ela não foi fácil • às vezes preocupo-me mais em saber como é que ela anda do que propriamente comigo • ela custa-se a acreditar que eu possivelmente não vou andar mais • na parte sexual mudou tudo • de resto ‘tá tudo bem
<p>Q4 “Presentemente através de que forma atinge o auge da sua actividade sexual e como o descreve?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu só tentei fazer sozinho • não senti nada • não tenho auge nenhum
<p>Q5 “Que sentimentos surgem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pensei talvez que ha alguma forma de mudar esta situação • vou ter que me habituar à ideia [resposta paralela]

<p>quando tem presentemente um contacto sexual?"</p>	
<p>Q6 “Já sentiu orgasmo ou algo que considera semelhante depois da lesão? Como sentiu esse momento?"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não senti nada parecido
<p>Q7 “Que tipo de questões gostaria de colocar a outro lesionado medular que possui uma actividade sexual satisfatória?"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que ele conseguiu • como é que se passou • se teve sempre satisfação • se foi através de alguns medicamentos • como é que ele se sente a ter relações com a esposa assim na situação em que está • é claro que deve ser bom, mas...[resposta paralela]
<p>Q8 “Que tipo de questões de ordem sexual gostaria de colocar à equipa clínica?"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • o porquê de eu sentir que a lesão me afectou a parte sexual • porque é que há uns que sentem o pénis e têm erecção e eu não tenho nada disso
<p>Q9 “Que conselhos daria a alguém que, estando na sua condição física, quisesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhava-o a vir falar consigo • é mais fácil chegar ao pé da si e conversar consigo • tirar dúvidas

reiniciar a sua actividade sexual?”	
--	--

S05 – Codificação – unidades de análise – Momento IV

<p>Q1 “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • que a sexualidade está dentro de nós todos • que não tem nada a ver com ter relações • não é só ter relações • podemos ter sexualidade sempre • [podemos ter sexualidade] saudável até mesmo sozinhos • é pensar • é imaginar
<p>Q2 “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Já não estou sempre a pensar que não sinto nada lá no sítio • também ensinei o meu marido • Temos muitas outras coisas para fazer e eu adoro fazê-las • Descobri outras coisas • [descobri] outras zonas que me dão muita satisfação • [descobri outras coisas] que me deixam relaxada • [descobri outras coisas] para aproveitar aquele momento tão agradável • Já não me sinto tão inútil • tenho prazer • Agora sou eu que puxo muito por ele • As coisas mudaram para melhor
<p>Q3 “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quero continuar a pensar assim • Continuar a ter vontade de experimentar outras posições • Continuar a ter outras maneiras de ter prazer • não vou deixar-me ficar a um canto a pensar que tudo acabou com a lesão • vejo o meu futuro em termos de sexualidade, melhor do que foi até aqui • sei outras coisas que não sabia e posso aplicá-las para meu próprio bem

S021 – Codificação – unidades de análise – Momento IV

<p>Q1 “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que há outras alternativas para voltarmos a ter a nossa sexualidade saudável • podemos valorizar-nos com outras coisas sem ser só pensar na parte genital • mudou a minha maneira de ver o desejo • o desejo não é só vaginal • [o desejo] vem da nossa imaginação • é muito melhor assim • informou sobre coisas que há para ajudar no acto
<p>Q2 “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tive aumento do desejo • tenho mais prazer • descobertas novas • Já não há sacrifício • Não há frete • é com mais vontade • consigo sentir-me melhor • mais prazer também com recurso a outros estímulos • tenho mais confiança em mim própria • Não tinha informações acerca de vir a ser mãe e agora já tenho
<p>Q3 “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vejo o futuro com optimismo • quero ter mais um filho • quero empenhar-me sempre em ter prazer • quero dar prazer ao meu marido • a sexualidade é uma aposta para o futuro porque dali podemos tirar mais e mais satisfação

S010 – Codificação – unidades de análise – Momento IV

<p>Q1 “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • já não me vou chatear mais quando ela não quiser • daqui para a frente já sei que tenho outras formas de ficar satisfeito
<p>Q2 “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendemos muitas coisas novas que não sabíamos • [aprendemos] coisas da lesão que tem influência na sexualidade • arranjar alternativas • aceitar alternativas • experimentar outras coisas que antes não fazia • penso mais agora em mim • penso mais em descobrir uma maneira de ter prazer • ficar mais satisfeito é o que tento agora • dou mais atenção a outras partes do corpo • mais atenção aos carinhos • estou muito mais satisfeito agora
<p>Q3 “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eu pensava que quando se falava de sexualidade era ter relações • é muito mais que isso • a sexualidade é como se vivesse dentro de nós • não é só ter relações • há mais coisas para fazer que são sexualidade • até pode ser oferecer flores

S029 – Codificação – unidades de análise – Momento IV

<p>Q1 “Que mudanças é que este programa lhe trouxe na sua visão da sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mostrou-me que eu estava errado • estava muito aquém daquilo que a sexualidade engloba • [a sexualidade] não é só o acto sexual • mostrou as muitas alternativas que existem para 'tarmos satisfeitos com a nossa sexualidade • mudou a minha maneira de ver as coisas • ‘tou mais aberto • percebo que tudo pode ser sexualidade, basta querermos
<p>Q2 “Que alterações é que este programa teve na prática da sua sexualidade?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Começamos a explorar outras coisas • apostar na parte da visão • [apostar na parte] da audição • Apostar nas • palavras • ver coisas • excita a minha parte psicológica • o desejo aumentou • tenho mais vontade em começar uma relação sexual • sei que vou encontrar novidades • é muito motivante • A minha mulher também mudou • [a minha mulher] está a fazer muita força para eu ter prazer • sinto-me melhor de dia para dia
<p>Q3 “Em termos de futuro quais julga serem os contributos deste programa para a sua vida?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vou conseguir chegar a um nível de satisfação para mim • seguir com maior auto-estima • tenho confiança no futuro • acredito que a minha sexual irá melhorar • a minha mulher assim já não precisa de me trocar • gostava de voltar a ter um filho

