

A UTILIZAÇÃO DO MODELO PLISSIT NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO LESIONADO VÉRTEBRO-MEDULAR POR TRAUMA.

Ana Garrett

Doutoranda

Psicologia

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP

16022@ufp.pt

Zélia Teixeira

Professora Auxiliar

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP

RESUMO

Este artigo focaliza a importância da vivência da sexualidade e da saúde sexual na qualidade de vida do ser humano para, posteriormente, enfatizar a necessidade de discussão desta matéria nos indivíduos portadores de lesão vértebro-medular. Aborda as múltiplas barreiras com que os profissionais de saúde se debatem ao abordar esta temática e sugere a implementação sistemática do Modelo PLISSIT como primeira ancoragem ao problema e como um processo natural no acompanhamento destes doentes e na sua reabilitação holística.

ABSTRACT

This paper underlines the importance of sexuality and sexual health in the human quality of life, and brings this issue to the matters involving individuals with spinal cord injury. The obstacles that health care professionals can face presenting these issues to patients are described, and a specific model for this approach is analysed. The PLISSIT Model allows the first approach as well as the follow-up of spinal cord injured patients during their global rehabilitation.

1. O PAPEL DA SEXUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS SUJEITOS

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) aponta a sexualidade 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. Por outro lado, apresenta a saúde sexual como uma experiência processual que comporta bem-estar físico, psíquico e socio-cultural.

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 contraceção
- o direito à informação científica
- o direito à educação sexual
- o direito à saúde sexual

Quando se refere às pessoas com incapacidades, assegura uma postura de igualdade de direitos e determina que, dado que esses indivíduos possuem necessidades especiais e podem estar em situação de vulnerabilidade biopsicosocial, a sua educação sexual deve ser prioritária.

Para sublinhar a dimensão da sexualidade importa referir um estudo em larga escala levado a cabo pela Pfizer (2002), onde foram sondados mais de 27000 indivíduos dos cinco continentes, sendo que o número de participantes foi semelhante em cada um dos países escolhidos. A amostra consistiu em sujeitos de ambos os sexos, entre os 40 e os 80 anos, e o propósito do estudo foi determinar a importância que a intimidade sexual assumia nas suas vidas e na saúde dos seus relacionamentos amorosos.

Dos resultados obtidos, 83% dos homens e 63% das mulheres responderam que a sexualidade assumia “muita/extrema/moderada” importância nas suas vidas, baseado numa escala de 5 pontos em que “5” é o extremamente importante e “1” é nada importante. Por outro lado, quando questionados acerca da frequência com que os seus médicos assistentes os abordaram com assuntos de natureza sexual, apenas 9% afirmou ter sido interpelado neste sentido nos últimos 3 anos.

Se a sexualidade assume uma papel tão preponderante no quotidiano dos indivíduos e na construção de uma estrutura sólida nos relacionamentos interpessoais, então o impacto dos problemas de ordem sexual na pessoa saudável e no casal varia entre a

infelicidade, a frustração e a perda de auto-estima, afectando, assim, a essência deste relacionamento e a esfera social e ocupacional (Madorsky & Dixon, 1983).

1.1. A SEXUALIDADE DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR

A temática da sexualidade apresenta-se já de difícil discussão para os indivíduos sem necessidades e incapacidades físicas, então, bastante derrubadora e devastadora se crê esta problemática nos lesionados vértebro-medulares, que viram o curso normal das suas vidas ser interrompido por um acontecimento traumático.

A ocorrência de uma lesão vértebro-medular é dramática. Atendendo às funções de destaque que a medula desempenha na fisiologia do sujeito, quer ao nível da transmissão de impulsos nervosos, quer ao nível do próprio controlo que exerce em funções como a regulação térmica, a postura, a micção e o intestino, deduz-se a dimensão da incapacidade que decorre deste acontecimento (Faria, 2006).

Adicionalmente, as lesões vértebro-medulares afectam a sexualidade nas suas vertentes física e psíquica. No caso do homem, este vê a sua capacidade de obter uma erecção psicogénica inexistente ou difícil, dependendo da localização e extensão da lesão. As erecções reflexas são experimentadas mais amiúde, embora a qualidade necessária para manter uma relação de coito seja bastante deficitária (Derry et al., 1998). A mulher vê diminuída ou ausente a lubrificação e a sensibilidade clitoriana e intra-vaginal (Cross, Meythaler, Tuel & Cross, 1991). Em ambos os sexos, masculino e feminino, a vivência do orgasmo fica gravemente comprometida e no caso específico dos homens a ejaculação torna-se uma ocorrência medicamente assistida.

Psicologicamente ambos os sexos sentem um abalo forte da sua auto-estima e na sua imagem corporal. Vêem-se pouco atraentes, experimentam sentimentos de vergonha e medo e consideram que o seu estado físico é motivo de rejeição por parte dos pares, abalando assim as possibilidades de conseguir ou manter par amoroso. O humor depressivo não é raro, o que se revela bastante prejudicial à reabilitação global da pessoa (Alves, Guedes & Alves, 1999).

A acrescentar a este quadro, pode também estar presente a insatisfação dos parceiros, a sua pouca motivação para se envolverem no processo de reabilitação conjunta e os tabus sociais na abordagem da temática sexual.

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).

Ferreiro-Velasco et al. (2005) aponta um estudo levado a cabo em Espanha em que apesar de 69% das mulheres inquiridas, com lesão medular, declararem estar satisfeitas com a sua vida sexual, 77,4% destas consideram que a informação que obtiveram dos profissionais de saúde que as acompanharam aquando da ocorrência da lesão foi insuficiente e até mesmo inexistente, sendo essencial providenciar ajuda apropriada para a reabilitação da sexualidade.

2. DIFICULDADES NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE

Nusbaum e Hamilton (2002) chamam à atenção para a necessidade da abordagem à temática da sexualidade ser feita nos cuidados de saúde primários, de uma forma proactiva e rotineira, em que são naturalmente desmistificados os tabus, através da segurança que o profissional transmite ao doente.

Stevenson (2004) aborda razões para justificar a relutância dos profissionais de saúde em abordar a temática da sexualidade dos seus doentes numa rotina médica espontânea e natural: a) os problemas sexuais podem requerer um grande investimento por parte do terapeuta até se conseguir algum retorno; b) os problemas sexuais são demasiado complexos do ponto de vista biopsicosocial, isto é, contêm demasiada carga biológica para um psicoterapeuta e demasiado conteúdo psicológico para um médico; c) é difícil perceber o momento exacto em que se devem introduzir novos tópicos que sejam adequados àquela problemática específica; d) a sexualidade do doente não é considerada um aspecto relevante para a sua reabilitação; e) o profissional pode experimentar algum desconforto com a temática ou até com a natureza da sexualidade do doente; e, por fim f) a lacuna de conhecimentos e a ausência de questões estruturadas (o que perguntar, quando perguntar, como orientar, como tratar).

Existe a esperança de que os profissionais de saúde e investigadores estejam motivados para providenciarem cuidados de saúde sexual a esta população (Elliott, 2006). O treino específico é, também, sentido como uma necessidade premente, de forma a promover o confortável conhecimento dos técnicos em áreas tão específicas como a fertilidade (Booth, Kendall, Fronek, Miller & Geraghty, 2003). Outros estudos apontam para a grande necessidade de se apostar na reabilitação sexual destes indivíduos (Sharma et al., 2006), dado que a satisfação sexual no casal onde um dos membros é portador de doença crónica é uma forma de se sentirem “normais” dentro do abalo que as suas vidas experimentaram (McInnes, 2003).

Lundberg, Ertekin, Ghezzi, Swash, e Vodusek (2001) lembram a especial atenção que se deve dar à saúde sexual de indivíduos com lesões completas da medula, devendo estes receber aconselhamento sexual com o objectivo de reabilitar as suas disfunções, pois existe a forte possibilidade dessa intervenção terapêutica se mostrar eficaz.

Galhordas e Lima (2004) recomendam que os profissionais de saúde se unam numa estrutura objectiva, para auxiliar os lesionados vértebro-medulares e os seus parceiros a encontrar o seu bem-estar. Sugerem, ainda, que exista um motivado aprofundamento do estudo

e investigação desta matéria para que se possa transportar para a prática conceitos teóricos relevantes. O mito de que os lesionados vértebro-medulares não têm jamais sexualidade, faz com que os técnicos de saúde desinvistam nessa vertente do indivíduo.

3. O MODELO PLISSIT

Apesar desta problemática ter assento um pouco por todos os países, independentemente de haver mais ou menos evolução em termos de relações humanas entre os profissionais de saúde e os doentes, está longe de ser uma situação aceitável. Para evitar a instalação e a continuidade do comportamento verificado, sugere-se a implementação do Modelo PLISSIT, à semelhança do que se recomeça a fazer em todo o mundo, como sendo uma actuação que acarreta uma postura profissional natural e rotineira, após uma lesão vértebro-medular.

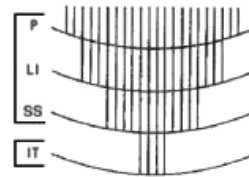
O Modelo PLISSIT compreende 4 níveis de actuação terapêutica, isto é, subdivide-se em P-LI-SS-IT, em que cada letra ou par de letras representa uma directriz orientada para o objectivo da intervenção (Permission – Limited Information – Specific Suggestions – Intensive Therapy). Cada um dos patamares 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, maior 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).

No esquema abaixo apresentado, 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. ESQUEMA DO MODELO PLISSIT

The PLISSIT Model of Sex Therapy (developed by Jack Annon)



P = Permission
LI = Limited Information
SS = Specific Suggestions
IT = Intensive Therapy

3.1. APLICAÇÃO DO MODELO PLISSIT NA INTERVENÇÃO COM LESIONADOS VÉRTEBRO-MEDULARES

Sendo que este modelo compreende um esquema de actuação flexível, pode ser utilizado por uma variedade de técnicos de saúde, nomeadamente enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, obstetras, urologistas, técnicos de reabilitação, terapeutas e educadores

sexuais, unidos com o objectivo de reabilitar. Ajuda, ainda, a que cada profissional organize as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto (Annon & Robinson, 1981).

No primeiro nível – Permissão – a focalização centra-se em demonstrar ao doente que se compreendem e aceitam as suas limitações de ordem sexual, transformando este momento numa ocasião privilegiada para a abordagem à temática e transmitindo-lhe segurança e o aspecto 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.

No nível seguinte – Informação Limitada – já é conveniente proporcionar alguma informação detalhada acerca do que o preocupa, nomeadamente ao nível das suas verdadeiras limitações e dar a conhecer as potencialidades. Pode ser, também, o momento em que se apresentam diversas possibilidades alternativas para o desempenho do acto sexual: utilização de medicação apropriada, instrumentação comum (bomba de vácuo, anel de constrição, injeção intracavernosa, cremes lubrificantes). Pode introduzir-se o assunto da paternidade e da maternidade medicamente assistidas.

No terceiro patamar – Sugestões Específicas – o técnico apresenta a continuidade do patamar anterior, isto é, não se deve proporcionar sugestões sem que a informação detalhada tenha sido compreendida pelo doente. 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.

No último nível – Terapia Intensiva – é requerida a intervenção de terapeutas sexuais, especializados em lesões do foro neurológico. O tratamento deverá ser individualizado e desenhado especificamente de acordo com a problemática do indivíduo.

No quadro 1 podemos observar algumas questões que podem ser colocadas dentro de cada nível.

QUADRO 1. EXEMPLOS DE QUESTÕES E ABORDAGENS EM CADA NÍVEL DO MODELO PLISSIT

Permissão	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Informação Limitada	<ul style="list-style-type: none"> - Existem inúmeros recursos de que pode usufruir para potencializar 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?
Sugestões Específicas	<ul style="list-style-type: none"> - Estas são as zonas erógenas mais comumente identificadas por outras pessoas e onde pode pedir que a(o) sua/seu parceira(o) o(a) estimule com maior persistência.
Terapia Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - Este é o plano desenhado especialmente para si, por forma a que cumpramos os nossos objectivos. Por favor cumpra-o detalhadamente. O envolvimento do seu/sua parceiro(a) (caso exista) é fundamental.

4. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÃO

A satisfação sexual é um factor determinante na qualidade de vida do ser humano e os lesionados vértebro-medulares não se tornam seres assexuados após a ocorrência do trauma. Como verificámos, a literatura mundial assinala a sexualidade do sujeito com lesão vértebro-medular como um assunto que requer especial atenção e dedicação dos profissionais de saúde, envolvidos em proporcionar uma reabilitação holística.

A dificuldade que os técnicos experimentam em falar acerca do assunto, denota, para além de desconfortos de outra ordem, dificuldades académicas na área, por um lado pela lacuna que existe em termos formativos, mas por outro pelo pouco envolvimento que dedicam à temática.

Como um dos motivos para relevar para segundo plano a sexualidade é a falta de formação neste sector, o Modelo PLISSIT pode revelar-se uma ferramenta bastante útil no quotidiano dos técnicos que trabalham directamente com este tipo de população. Por outro lado, ajuda os doentes a ultrapassarem a barreira do tabu, ao proporcionar e promover o diálogo. É comum os doentes referirem que, apesar de pensarem bastante nas suas limitações sexuais, não falam delas porque se sentem ridículos ao abordarem um tema que pode ser considerado como menor perto da grandiosidade da sua restante condição física.

Na utilização do Modelo PLISSIT o profissional pode concentrar-se mais nos três primeiros níveis, que não requerem competências académicas tão específicas como o quarto, que exige um terapeuta especializado. Deve, no entanto, após trabalhar a Permissão, a Informação Limitada e as Sugestões Específicas, encaminhar o doente para um técnico devidamente habilitado a cumprir o objectivo seguinte.

A recomendação fulcral centra-se na promoção e no incentivo à abordagem da sexualidade nestes indivíduos, dado que já não é aceitável que se continue a ignorar que os sujeitos, na sua maioria adultos jovens, incluem uma componente sexual na sua condição de seres humanos e, como tal, é tão normal falar-se disso como das suas potenciais úlceras de pressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A., Guedes, M., Alves, V. (1999). Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *In: Acta Fisiátrica*, Vol. 6, Nº 1, pp. 6-9.
- ANNON, J. (1981). PLISSIT Therapy. *In: Corsini, R. Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York, John Wiley & Sons Inc., pp.626-639.
- ANNON, J., Robinson, C. (1981). Video in sex therapy. *In: Fryrear, J., BLESHEMAN, B., (Ed.) Video-therapy in Mental Health*. Springfield, Ill, pp. 163-179.
- 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. *In: Sexuality and Disability*, Vol. 21, Nº 4, Dezembro, pp. 249-261.

- CARDOSO, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *In: Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Nº 20, Maio-Junho, pp. 357-370.
- CROSS, L., Meythaler, J., Tuel S., Cross, A. (1991). Pregnancy following spinal cord injury. *In: Rehabilitation Medicine – Adding Life to Years [Special Issue] - West Journal of Medicine*, Nº 154, Maio, pp. 607-611.
- DERRY, F., Dinsmore, W., Fraser, M., Gardner, B., Glass, C., Maytom, M., Smith, M. (1998). Efficacy and safety of oral Sildenafil in men with ED caused y spinal cord injury. *In: Neurology*, Nº 51, pp. 1629-1633.
- ELLIOTT, S. (2006). Problems of sexual function after spinal cord injury. *In: Progress in brain research*, Nº 152, pp. 387-99.
- FARIA, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – a perspectiva da reabilitação. *In: Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XII, Nº 1, (Supl 1), Fevereiro, pp. 45-53.
- 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. *In: Spinal Cord*, Vol. 43, Nº 1, pp. 51-55.
- GALHORDAS, J., Lima, P. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *In: Re(habilitar)*, Nº 0, Junho, pp. 35-47.
- Lundberg, P., Ertekin, C., Ghezzi, A., Swash, M., Vodusek, D. (2001). Neurosexology. *In: European Journal of Neurology*, Supp. 3, pp. 2-24.
- MADORSKY, J., Dixon, T. (1983). Rehabilitation aspects of human sexuality. *In: Western Journal of Medicine*, Vol.139, Agosto, pp.174-176.
- MCINNES, R. (2003). Chronic illness and sexuality. *In: Medical Journal of Australia*, Nº 179, pp. 263-266.
- NUSBAUM, M., Hamilton, C. (2002). The proactive sexual health history. *In: American Family Physician*, Vol. 66, Nº 9, Novembro, pp. 1705-1712.
- PFIZER (2002). The global study of sexual attitudes and behaviors. [em linha]. Disponível em <http://www.pfizerglobalstudy.com/download/PGSpresentation.pdf>. [consultado 22/03/2006].
- SHARMA S., Singh R., Dogra R., Gupta S. (2006). Assessment of sexual function after spinal cord injury in indian patients. *In: International Journal of Rehabilitation Research*, Vol. 29, Nº 1, pp.17-25.
- STEVENSON, R. (2004). Sexual medicine: why psychiatrists must talk to their patients about sex. *In. Canadian Journal of Psychiatry*, Nº 49, Outubro, pp. 673-677.
- WORLD Health Organization (2004). Sexual health – a new focus for WHO. *In: Progress in reproductive health research*, Nº 67 [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf> [consultado 02/05/2006].
- WORLD Association for Sexology (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 04/06/2006].