**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PAULA CANOVA SODRÉ

Estudo Sobre a Disfunção Sexual de Mulheres com Lesão Medular

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro

**São Paulo
2007**

Obra realizada pelo estilista e designer Claudio Junqueira. Rib. Preto- SP

PAULA CANOVA SODRÉ

**Estudo Sobre a Disfunção Sexual de Mulheres com Lesão
Medular da Cidade de Ribeirão Preto - São Paulo**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
enfermagem na Saúde do Adulto da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Departamento: Enfermagem Médico-
Cirúrgica da Escola de Enfermagem
da USP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cristina
Mancussi e Faro

São Paulo
2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudos e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação (CIP)

Capítulo 1 Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sodré, Paula Canova.

Estudo sobre disfunção sexual de mulheres com lesão medular. / Paula Canova Sodré. – São Paulo, 2007.
154 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Ana Cristina Mancussi e Faro

1. Sexualidade (Feminino) 2. Saúde da mulher 3. Traumatismos da medula espinhal 4. Reabilitação. I. Título.

Dedicatória

A pessoa mais importante da
minha vida, minha mãe, **Maria
Sodré**, o melhor ser humano,
mãe, filha, avó, meu porto
seguro, exemplo de honestidade,
dedicação, garra, serenidade,
educação, incentivo,
companheirismo e força. Te
amo!

Agradecimento especial

Á querida **Prof^a Ana Cristina Mancussi e Faro**, pelo exemplo de profissionalismo, brilhante orientação, dedicação, norteamento, e esforço na pesquisa.

Mestre é aquele que por pura devoção,
Transmite aos seus alunos lições do coração,
Que transforma o seu trabalho numa linda canção,
Que ensina não por lucro, mas por pura vocação.

Ser mestre é ensinar lições no dia a dia,
É transformar fracassos em doces melodias.
É fazer da educação sua célula máter,
Que possa transformar a vida e o caráter

www.mackensi.com.br (23/12/2006)

E principalmente, as **mulheres com lesão medular** que participaram desta pesquisa, e quem sem elas nada seria possível

"Educar a mulher é secundar sua transformação, é a cada etapa da vida, dando-lhe o amor na medida de seu coração, ajudá-la a ampliá-lo assim e elevá-lo a essa forma tão pura e, no entanto,... mais viva".

J Michelet

MICHELET, Jules. **A mulher**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

337p.

Agradecimento

A **Deus**, por me alimentar a alma diariamente, oxigenar meu espírito a cada minuto e por me guiar a todo segundo.

Ao querido, **Profº DrºJair**, pelas brilhantes orientações estatísticas, pelos E-mails, telefonemas fora de hora, feriados, e principalmente pela compreensão e dedicação.

Á, querida **ProfªDrª Caliri**, que desde a época de graduação esteve presente no meu aprendizado, e hoje continua contribuindo. Um exemplo de profissional e de ser humano. É mais que uma professora é uma amiga.

Profª **DrªSuely**, a "nossa **Suka**", minha amada e eterna professora e amiga. Tão pequenininha, mas um gigante de competência e garra! Co-orientadora desde a graduação, professora, amiga.....completa. Te amo Suka!

Profª Drª **Isabel Amélia Costa Mendes**, pela iniciação ao universo da pesquisa, durante três anos consecutivos da graduação e um ano pós-formada, pelo exemplo de liderança, de competência, de representatividade da enfermagem, de orientadora e de ser humano. Obrigada **Bel**, Profª **Xili**, **Simone e Sofie**. Adoro vocês!

Grupo do CNPq, Enfermagem, Família e Cuidador na Saúde do Adulto e Idoso, sob coordenação da Profa. Dra. **Ana Cristina Mancussi e Faro, Luciana, César, Camila, Carla, Márcia, Marisa Accioly, Valéria AACD** e todos convidados, pelos estudos e contribuições na área de reabilitação.

À pesquisadora **Anita H. Clayton**, suplente da chefia do Departamento de Medicina Psiquiátrica da University of Virginia Health System.Ao Srº **John Connely** e Mapi Research Trust.

A equipe do Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HCFMRP-USP, Srª **Zilah Vilela** e sua equipe, **Adriana, Salete, Junia, Angélica, Cristina, Elaine, Vera Helena e Drª Evangelina** do Sistema Codificação do HCFMRP-USP. A equipe do Centro de Processamento de Dados CPD-HCFMPR, Srº **Jair Licio Ferreira Santos**, srª **Olinda**. Ao chefe do Departamento de Ortopedia Profº Drº **Nilton Mazzer**. Ao chefe do departamento de cirurgia de anatomia do HCFMRP-USP, Profº Drº **Benedicto Oscar Colli**. Á profª Drª **Ana Maria Laus**, da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP. Ao Grupo de reabilitação do HCFMRP. Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. À enfermeira **Cristiane**, coordenadora de enfermagem do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto. A clínica de

fisioterapia da UNAERP, prof^a Dr^a **Luciane**, Sr^a **Mila**. A Clínica de Fisioterapia do Barão de Mauá, Prof^a **Adriana Liz**.

Meu carinho e agradecimento pela torcida da família (**papai Sodré -in memorian, Gaby, Clei, Cello, Vô Arlindo, Vó Maria, Tio Marcos, Jú, Vó Amantina, Vó Rosa, Aliomar**) e amigas eternas (**Rosi, Eloá, Carolina (Cidoca), Paty Deienno, Paty França e Deinha**)

A Bibliotecária **Andréia** pelas orientações. A **Dórinha**, secretária do PROESA, sempre dedicada amorosa e prestativa. À **Kazuko**, coordenadora do PROESA, e à secretária de pós-graduação, **Tieko, Deise, Silvana**. E a todos os funcionários da EEUSP que sempre me atenderam de forma gentil e acolhedora.

À coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**) que patrocinou essa pesquisa através de seu programa de bolsas e que nos impulsionam constantemente a estarmos sempre em busca do conhecimento, da evolução profissional e pessoal e conseqüentemente a uma realidade médica e social bem melhor.

Fonte: Organização Panamericana de Saúde (OPS); Organização Mundial da saúde (OMS). Promoción de lá Salud Sexual. 22 maio. Guatemala. 2000

RESUMO

Sodré, PC. Estudo Sobre Disfunção Sexual de Mulheres com Lesão Medular. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP; 2007

O sexo é inerente ao ser humano e através dele é que se gera uma vida. Em se tratando da sexualidade de uma pessoa que sofreu um trauma raquimedular com lesão na medula espinhal, é ainda maior o tabu por haver uma certa dose de desinformação e preconceitos que são gerados por culpa de uma cultura em relação ao sexo complicando-se ainda mais quando este indivíduo é do sexo feminino. Há circunstâncias agravantes como a desinformação sobre o tema, o próprio tabu, sobre sexo e sexualidade e os preconceitos inerentes a uma sociedade ainda machista em relação a mulher, a sua sexualidade e a sua deficiência física. É sabido que qualquer pessoa que sofreu algum dano na medula, além de comprometimento da sensibilidade, locomoção, funções intestinais e urinárias, independente da região lesionada, também acomete a função sexual. Cada pessoa reage de maneira diferente por mais semelhante que seja a lesão. O presente estudo exploratório, descritivo, transversal, aplicado de campo, de natureza quantitativa realizado em 3 hospitais e duas clínicas de fisioterapias na cidade de Ribeirão Preto, S.P., com a finalidade de se conhecer as mulheres vítimas de Trauma Raquimedulares (TRM) com lesão neurológica atendidas no período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004. Foi identificada uma população de 81 mulheres. Deste total, foram excluídas 30 que não atenderam os critérios de inclusão, 12 delas com diagnósticos não relacionados à lesão medular, 11 não localizadas, seis que faleceram e uma que se recusou a participar da pesquisa. A faixa etária que predomina mais o ocasionamento de lesões medulares é dos 18 aos 37 anos (38%). Após a lesão, 27% permaneceram solteiras, 28% com seus companheiros e 44% apresentam cuidadores do sexo feminino na composição familiar; 55% de mulheres L.M. são praticantes, a evangélica (47%); 53% são da raça branca; predomínio da escolaridade nível de ensino fundamental (49%), analfabetismo (9%). Observamos mudanças profissionais de antes da LM e pós, de operacionais para manuais. 75% não fumam, 61% fazem uso de bebidas alcoólicas. Apresentaram etiologia traumática (100%), nível lombar (53%), seguido do cervical (27%), torácica (16%) e sacral (4%). Das causas, acidente automobilístico (29%), 12% de queda, em terceiro encontra-se o FAF, levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8% cada, a quarta foram mergulho em águas rasas e espancamento e, com 2% cada, FAB, práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça práticas de esportes radicais, e até espancamento, queda da própria altura, 16% das mulheres, e dentre estas mulheres 94% são idosas. 77% sofreram lesão a mais de quatro anos e apenas 22% abaixo de três anos. 78% das mulheres não utilizam anticoncepcionais. 31% apresentam hipertensão, 22% colesterol e ou triglicérides alterados, 11% diabetes, O aborto foi o de maior prevalência das complicações gestacionais, 6%. Outras doenças, a depressão, com 14% seguida de problemas hormonais e a síndrome do pânico com 6%, em terceiro a talassemia com 4% e câncer de mama, anóxia neonatal, problemas respiratórios e retardo mental com 2% cada. Quanto a escala MIF, níveis de dependência destacam-se as atividades de nível 1 (ajuda total), o item locomoção (36%), o controle de esfinteriano (12%), as transferências (10%), a independência completa do item interação social está com escore baixo, 69%, comprovando a exclusão social do deficiente. Independência completa sonora (71%), visual (73%), independência completa para a resolução de problemas (74% apenas), 88% para memória, 90% expressão não vocal e 92% expressão vocal respectivamente. Quanto à escala CSFQ, 90% da população apresenta disfunção sexual em relação a variável prazer, disfunção do orgasmo (90%) disfunção do desejo/frequência (76%) e 72% disfunção do interesse sexual (72%) e a variável excitação (92%). Através do Instrumento IV, observamos os relatos das mulheres com lesão medular entre eles surgiram comentários sobre alterações da sexualidade, da sensibilidade, na vida conjugal, da libido, do orgasmo, da lubrificação vaginal, na percepção da auto-imagem, presença de dor neuropática e no período menstrual; a não busca de auxílio de profissionais; homossexualismo; problemas sexuais do parceiro (companheiro); áreas erógenas sexuais; situações constrangedoras; expectativa de vida sexual, visão da vida sexual; religiosidade na vida sexual. O paciente com lesão espinhal, principalmente a mulher, é um tipo de paciente que, pela sua complexidade, suas peculiaridades e escassez de estudos sobre sexualidade feminina, demanda um cuidar específico que permeie as diferentes dimensões sociais, psicológicas e físicas, assegurando um cuidado holístico e a continuidade deste cuidar em domicílio estabelecendo um cuidar e um processo de reabilitação de qualidade.

Palavras – Chaves: sexualidade, lesão medular, saúde da mulher, reabilitação, funcionalidade.

ABSTRACT

Sodré, PC. Study about sexual dysfunction of injury cord woman [dissertation]. São Paulo (SP): Nursing school. University of São Paulo. USP; 2007.

Sex is inherent to the human being and is through it that life is generated. Sexuality is a taboo subject in many cultures and for someone who has suffered a raquimedular trauma (lesion on the medullar spinal) it can be even worse due to preconceptions generate by guilt and lack of information. It is known that any person who had suffered any medulla damage, has, besides the compromise of his(er) physical sensibility, locomotion, intestines and urinary functions, the sexual function is also affected, regardless of the area injured. No matter how similar the lesion is, different people react differently to it. This is a qualitative study, exploratory, descriptive and transversal, carried out in three hospitals and two physiotherapy clinics in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The study aims to learn about women victims of the raquimedular trauma (TRM) with neurological lesion assisted in the period between January 1st, 2000 and July 31st, 2004. The population is comprised of 81 women. From this total, 30 were excluded because they did not fit in the inclusion criteria, 12 diagnoses were not related to medullar lesion, 11 were not found, six had died and one of them refused to participate in the research. The age range in which medullar lesions was more predominant is between 18 to 37 years old (38%), after the lesions 27% of them remained single, 28% remained with their partners and 44% have female caregivers from the family, 55% of them are religious, 47% protestants, 53% are white and 49% of them have primary school level, while 9% are illiterate, 75% do not smoke and 61% use alcohol. We observed professional changes from before and after the medullar lesion (LM), from operational to manual. All of them presented traumatic etiology, lumbar level (53%), cervical (27%), thoraxes (16%) and sacral (4%). Regarding the lesion causes, 12% due to falls, the third more common causes are FAF, weight lifting (8%), running over (8%) and motorcycle accidents (8%). The fourth causes are diving in shallow water and beating, with 2% each, FAB, sport activities, objects hitting the head, radical sports practice, beating, falls (16%), 94% of them are aged women. Seventy-seven percent had suffered the lesion more than four years before and only 22% less than three years, 78% of them do not use contraceptives, 31% have hypertension, 22% altered cholesterol and trigliceres, 11% diabetes. Abortion was the main complication in pregnancy (6%). Depression occurred in 14%, followed by hormonal problems and panic syndrome (6%), in third, talacemia with 4%, breast cancer, neonatal anoexi, respiratory problems and mental retardation with 2% each. Regarding the MIF scale, dependency levels point out as activities of level 1 (total help), the locomotion item (36%), esfincter control (12%), transferences (10%), the complete independence of the social interaction item has a low score, 69%, which reinforces the notion that deficient is socially excluded. Social sonorous independence (71%), visual (73%), complete independence for the solution of the problems (only 74%), 88% for memory, 90% no vocalized expression and 92% vocalized expression respectively. Regarding the CSFG scale (90%) of the studied group present sexual dysfunction in the pleasure variable, orgasm dysfunction (90%), frequency/desire dysfunction (76%) and 72% present sexual interest dysfunction, and the variable excitation (92%). Through the instrument IV, we observed the women's reports and emerged comments about alterations in their sexuality, sensibility, in the conjugal life, libido, the orgasm, vaginal lubrication, self image perception, neupatic pain, menstrual period, not searching for professional help, homosexuality, partner's sexual problems, erogenous sexual areas, embarrassing situations, sexual life expectation, sexual life vision, religiosity in the sexual life. The patient with spinal lesion, mainly woman, by her complexity, peculiarities, scarcity of studies about the female sexuality, demands a specific care that permeates the different social, psychological and physical dimensions, assuring a holistic care and the continuity of this care at home establishing a process of rehabilitation and caring of quality.

Key words: sexuality, injury cord, women

LISTA DE TABELAS

Tabela I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a evolução do estado civil e composição familiar, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela II - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a religião e atuação religiosa, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela III - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo etnia, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela IV - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a escolaridade, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela V - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a profissão anterior e posterior a lesão medular, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela VI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a dados relacionados aos hábitos de vida, fumar e uso de bebida alcoólica, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela VII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo grau de lesão, etiologia e nível neurológico da lesão, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela VIII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo causa externa, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela IX - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo o tempo da lesão medular, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela X - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as complicações pré-gestacionais ou gestacionais e outras doenças ou complicações, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a , doenças de base e/ou alterações do estado de saúde Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as complicações gestacionais e outras doenças, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XIII - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação física da MIF, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XIV - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação psicológica da MIF, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XV - Distribuição das respostas e das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo CSFQ, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Tabela XVI - Resultado das respostas das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo CSFQ, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

LI

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a evolução do estado civil e composição familiar, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico II - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a religião e atuação religiosa, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico III - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a profissão anterior e posterior a lesão medular, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico IV - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo dados relacionados aos hábitos de vida, fumar e uso de bebida alcoólica, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico V - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo grau de lesão, etiologia e nível neurológico da lesão, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico VI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo causa externa, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico VII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo o tempo da lesão medular, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSO, 2006.

Gráfico VIII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a utilização de anticoncepcional, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico IX - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as doenças de base e/ou alterações do estado de saúde, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico X - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as complicações pré-gestacionais ou gestacionais e outras doenças ou complicações, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico XI - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação física da MIF, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico XII - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação psicológica da MIF, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

Gráfico XIII - Distribuição das respostas das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo o instrumento IV, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

LISTA DE QUADRO

Quadro I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a faixa etária, Ribeirão Preto/SP, Brasil, EEUSP, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Ofício ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP.

ANEXO B - Ofício ao Chefe dos Departamentos de Cirurgia e Anatomia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP.

ANEXO C - Ofício ao Chefe da Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP – USP.

ANEXO D - Ofício ao chefe do Departamento de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMRP-USP.

ANEXO E - Ofício ao chefe do Departamento de Medicina Social, do Banco de Dados do Departamento de Medicina Social CPDH do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMRP-USP.

ANEXO F - Permissão da pesquisadora Prof^a Dr^a Anita Clayton e do Instituto Mapi Research Trust, na França e ao Centro de Informações e Pesquisas do Mapi Research Trust, na França, para utilização do CSFQ.

ANEXO G - Termo do Consentimento da População em Estudo.

ANEXO H - Instrumento I - Dados Demográficos e Clínicos para Caracterização da População.

ANEXO I - Instrumento II - Functional Independence Measure- FIM (ou Medida de Independência Funcional- MIF), na versão 4.0.

ANEXO J - Instrumento III - Changes in Sexual Functiong Questionnaire CSFQ (Questionário Sobre as Alterações da Atividade Sexual).

ANEXO L - Instrumento IV - Questionário sobre Lesão medular e Sexualidade.

ANEXO M - Dados e tabelas estatísticas.

LISTA DE ABREVIATURAS

- **ACRM:**..... American Congress of Rehabilitation Medicine.
- **ASIA:**..... American Spinal Injury Association
- **AVD:**.....Atividade de Vida Diária

- **CEP:**..... Comitê de Ética em Pesquisa
- **CID 10:**..... Sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde.
- **CPDH:**..... Centro de Processamento de Dados Hospitalares
- **CSFQ:**..... Changes in Sexual Functiong Questionnaire (Questionário Sobre as Alterações da Atividade Sexual)
- **1C:**..... primeira vértebra cervical ou átlas.
- **2C:**..... segunda vértebra cervical.
- **3C:**..... terceira vértebra cervical.
- **4C:**..... quarta vértebra cervical.
- **5C:**..... quinta vértebra cervical.
- **6C:**..... sexta vértebra cervical.
- **7C:**..... sétima vértebra cervical

- **DIR XVIII:**..... Divisão Regional de Saúde 18.
- **DM:**..... Diabetes Mélitus

- **FAB:**..... ferimento por arma branca.
- **FAF:**..... ferimento por arma de fogo.
- **FIM:** Funcional Independence Mensure

- **HAS:**..... Hipertensão arterial
- **HCFMRP-USP:**.. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- **IMC:**..... Índice de Massa Corporal
- **IMSOP:**..... International Medical Society of Paraplegia.

- **LM:**.....lesão medular
- **LTME:**..... lesão traumática da medula espinhal.
- **1L:**..... primeira vértebra lombar.
- **2L:**..... segunda vértebra lombar.
- **3L:**..... terceira vértebra lombar.
- **4L:**..... quarta vértebra lombar.
- **5L:**..... quinta vértebra lombar.

- **MAR:**..... Mergulho em águas rasas.
- **MIF:**..... Medida de Independência Funcional.
- **MMII:**..... membros superiores.
- **MMSS:**..... membros inferiores

- **1R:**..... Primeira vértebra rudimentar.
- **2R:**..... Segunda vértebra rudimentar.
- **3R:**..... Terceira vértebra rudimentar.
- **4R:**..... Quarta vértebra rudimentar.

- **SAME:**..... Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.
- **SLAIS:**..... Sociedade Latino Americana para Estudos da Impotência e Sexualidade.
- **SUS:**..... Sistema Único de Saúde.
- **S140:**..... Concussão e edema de medula cervical.
- **S141:**..... Outros traumatismos da medula cervical.
- **S241:**..... Outros traumatismos da medula torácica.
- **S341:**..... Outro traumatismo da coluna lombar.
- **S120:**..... Fratura da primeira vértebra cervical.
- **S121:**..... Fratura da segunda vértebra cervical), fratura de outras vértebras cervicais.
- **S127:**..... Fraturas múltiplas da coluna cervical.
- **S129:**..... Fratura de pescoço.
- **S220:**..... Fratura de vértebra torácica.
- **S221:**..... Fratura múltiplas da coluna torácica.
- **S320:**..... Fratura da vértebra lombar.
- **S321:**..... Fratura do sacro.
- **S328:**..... Fraturas de outras partes da coluna lombosacra.
- **S19:**..... Traumatismo do pescoço.
- **S32.7:**..... Fraturas múltiplas de coluna lombar.
- **S240:**..... Concussão e edema de medula espinhal torácica.
- **S340:**..... Concussão e edema de medula da medula lombar.
- **1S:**..... Primeira vértebra sacral.
- **2S:**..... Segunda vértebra sacral.
- **3S:**..... Terceira vértebra sacral.
- **4S:**..... Quarta vértebra sacral.

- **TCLE:**..... Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- **TRM:**..... Trauma raquimedular
- **T093:**..... Traumatismo da medula espinhal.
- **T913:**..... Seqüela de traumatismo da medula espinhal.
- **T08:**..... Fratura da coluna.
- **1T:**..... Primeira vértebra torácica.
- **2T:**..... Segunda vértebra torácica.
- **3T:**..... Terceira vértebra torácica.
- **4T:**..... Quarta vértebra torácica.
- **5T:**..... Quinta vértebra torácica.
- **6T:**..... Sexta vértebra torácica.
- **7T:**..... Sétima vértebra torácica.
- **8T:**..... Oitava vértebra torácica.
- **9T:**..... Nona vértebra torácica.
- **10T:**..... Décima vértebra torácica.
- **11T:**..... Décima primeira vértebra torácica.
- **12T:**..... Décima segunda vértebra torácica.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	22
1.1.- Lesão traumática da medula espinhal- LTME.....	24
1.2.- Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino.....	29
1.2.1.- Órgãos genitais externos.....	30
1.2.2.- Órgãos genitais internos.....	32
1.3.- Funcionamento neurofisiológico das etapas da resposta sexual feminina.....	35
1.3.1 Inervação.....	38
1.4.- Principais alterações sexuais após lesão medular.....	43
1.5.- Gravidez x fertilidade em mulheres com lesão medular.....	46
1.6.- Contexto psicológico sobre sexualidade de mulheres com lesão medular.....	48
1.7.- Contexto sócio-econômico-cultural da sexualidade da mulher com lesão medular.....	52
2- OBJETIVOS.....	58
3- MATERIAL E MÉTODOS.....	59
3.1.- Tipo de estudo.....	59
3.2.- Local da pesquisa.....	60
3.3.- População e amostra.....	60
3.4.- Critérios de inclusão e exclusão.....	62
3.5.- Procedimento para a coleta de dados.....	62
3.6.- Instrumentos utilizados.....	63
3.6.1- Protocolo para utilização de instrumento CSFQ..	70
3.7- Triagem.....	71
3.8- Entrevista.....	72
4- ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	73
5- RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	74
6- CONCLUSÕES.....	124
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS.....	137

1. INTRODUÇÃO

É um desafio desenvolver investigação sobre sexualidade em mulheres com lesão medular traumática é um desafio.

Dados de pesquisas nacionais e internacionais apontam que a cada cinco pessoas vítimas de lesão traumática da medula espinhal (LTME), uma delas é mulher.(Nogueira,2005;Defino,2002;Thomaz,2000;Defino,1999;Faro,1999;Faro,1995).

Assim, torna-se relevante o estudo junto a uma população com características clínicas, sociais e epidemiológicas tão peculiares.

Na prática acadêmica, da década de noventa, quando aluna de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP nunca teve contato com pacientes portadores de lesão medular durante estágios curriculares e extra curriculares e nunca obtivera aulas teóricas específicas sobre a temática lesão medular, muito menos sobre a sexualidade dos mesmos.

Posteriormente, em 2000, já formada enfermeira, trabalhando no Hospital Sarah Kubitschek, no setor de lesados medulares da rede, e escolhida como a profissional responsável pela reabilitação e orientação sexual feminina das pacientes com lesão medular. Era necessário buscar conhecimentos específicos sobre lesão medular e principalmente mais referente à sexualidade, tão peculiar e característica desta população. Ao me deparar com mulheres com lesão medular, afloraram questionamentos, curiosidades e, diante de tal situação, encarei o desafio de compreender o meu sentimento de impotência, da falta de preparo para abordar o assunto e:

Como falar sobre sexo?

Devo falar?

Proporcionará mágoas?

Melhor não falar?

Espero até que me revelem a dúvida?

Como posso ajudar?

Saberei avaliar?

E intervir?

Neste momento, com tantas dúvidas, eu, enfermeira e tão mulher como aquelas que estavam em uma situação mais vulnerável, imposta pela própria trajetória de suas vidas, pude me curvar perante o sofrimento destas mulheres e reagir ao desafio, dedicando-me ao estudo dos problemas que emergiam e que comporiam a minha assistência.

Na época, senti uma grande necessidade pela busca de pesquisas sobre a temática lesão medular e sexualidade, o que me chamou muita atenção à dificuldade e a escassez de estudos na área e, os poucos estudos encontrados eram relacionados aos homens, fato real devido ao contingente masculino com LTME ser mais expressivo do que o feminino.

Existiam alguns estudos internacionais sobre o tema, principalmente canadenses e, no Brasil e na Enfermagem, destaca-se a dissertação de Mestrado de Faro, apresentada, em 1991, “Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos” como o primeiro estudo a área.

Considero que as dúvidas apresentadas anteriormente foram e são necessárias para despertar o interesse pela investigação como base para a intervenção como produção de conhecimento.

Ainda há poucos estudos sobre sexualidade de mulheres com lesões medulares, justificadas pelo pequeno número de mulheres e, também, por ser a maioria dos pesquisadores do sexo masculino.

Neste sentido, MAIOR (1988) afirma que tanto os profissionais da equipe de saúde, como os pacientes, carregam preconceitos em relação ao sexo e muitos ainda compartilham de uma visão estereotipada do deficiente como patético, infeliz e

improdutivo. Os mecanismos de defesa tendem a impedir o diálogo sobre sexualidade: insegurança e desconhecimento do lado dos profissionais.

Na literatura, são quase inexpressivas as considerações sobre a sexualidade feminina, bastante incompleta, considerando basicamente que a mulher tem menos problemas nesta esfera, justificado pelo fato de a mulher tradicionalmente assumir “o papel de passividade na relação sexual. (MAIOR;1988)

Estudar a sexualidade de mulheres com lesão medular sugere a revelação de expectativas e ansiedades no enfrentamento do “novo corpo” e enfrentamento conjugal.

É importante salientar que a sexualidade de uma pessoa não é determinada por características ou habilidades físicas e que, dada a integração de sexualidade à personalidade do indivíduo, ninguém é incapacitado demais para ser sexual. Deficientes não são, portanto, assexuais e não perdem a sua sexualidade após a instalação de uma deficiência. Estes estereótipos negativos são função de nossa sociedade, conforme afirma DELISA (1993).

1.1 LESÃO TRAUMÁTICA DA MEDULA ESPINHAL- LTME

Ao refletir o binômio sexualidade e lesão medular feminina, julgamos adequado, a definição de termos que serão utilizados com frequência neste estudo e sobre a LM propriamente dita:

Segundo a *Classificação neurológica da lesão medular, American Spinal Injury Association – ASIA. International Medical Society of Paraplegia – IMSOP REVISÃO –(1996):*

Lesado Medular: portador de uma lesão medular que determina a perda total ou parcial dos movimentos e/ou da sensibilidade.

- **Tetraplegia:** refere-se à perda ou diminuição da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais da medula espinhal devido ao dano ocorrido dentro do canal vertebral resultando em alteração da função dos MMSS, tronco, MMII e órgãos pélvicos. Não inclui lesões de plexo braquial ou lesões de nervos periféricos fora do canal vertebral.
- **Paraplegia:** refere-se à perda ou diminuição da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrais da medula espinhal secundária a dano ocorrido dentro do canal vertebral. Dependendo do nível da lesão, o tronco, MMII e órgãos pélvicos podem estar envolvidos. Esse termo é usado para lesões de cauda eqüina e cone medular, mas não para lesões de plexo lombosacro ou nervos periféricos fora do canal vertebral.
- **Lesão incompleta:** refere-se à preservação parcial da sensibilidade e/ou motricidade abaixo do nível neurológico, incluindo os segmentos sacrais S₄ – S₅.
- **Lesão Completa:** refere-se à ausência da sensibilidade e motricidade voluntária dos segmentos sacrais S₄ – S₅.
- **Sexualidade:** refere-se ao conjunto dos fenômenos da vida sexual “é um processo expansivo do prazer biológico, é o processo vital produtivo por si” (Reich W. 1968, p.11).

Segundo GUTTMANN (1976), historicamente, o interesse na LTME data desde 2500 a.C. Porém, naquele tempo, a filosofia que embasava o cuidado das vítimas era que estas apresentavam problemas que não podiam ser tratados. Durante a I Guerra Mundial, a expectativa de vida das pessoas com LTME era de 6 a 12 meses após a lesão (WALLECK, 1994). O avanço médico científico e tecnológico do século XX, entretanto, possibilitou a evolução do tratamento e redução da morbi/mortalidade, segundo GUTTMANN (1976) considerado o pioneiro das inovações, com a criação de um modelo de cuidado sistematizado que foi adotado nos Estados Unidos na década de 70.

O paciente com lesão medular é aquele que sofreu uma lesão traumática na medula espinhal devido a um abalo, compreensão ou ruptura total ou parcial da transmissão medular, causando, assim, uma alteração da função normal da medula (SATORI; MELO,2002).

Segundo DEFINO (1999), a LTME ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral e a incidência desse tipo de lesão apresenta variações nos diferentes países. Estima-se que, na Alemanha, ocorram atualmente 17 casos novos por milhão de habitantes, nos EUA, a estimativa varia de 32 a 52 casos novos anuais por milhão de habitantes, e no Brasil, cerca de 40 casos novos anuais por milhão de habitantes.

A coluna espinhal é composta de 33 vértebras: 07 cervicais, 12 torácicas, 05 lombares, 04 sacrais e usualmente 04 ou 05 rudimentares coccígeas. O forame ou conduto vertebral é formado pela parede posterior do corpo vertebral e parede anterior do arco vertebral, e a super posição de vários forames vertebrais forma o canal raquídeo, que aloja e protege a medula espinhal. Movimentos de flexão, extensão e rotação variam de acordo com cada segmento vertebral. A coluna cervical tem a máxima flexibilidade, e esta flexibilidade a faz vulnerável a fraturas e deslocamentos. (JAWORSKI; WIRSTZ,1995).

A medula espinhal é um grande condutor de impulsos nervosos, sensitivos e motores, entre o cérebro e as demais regiões do corpo. Possui substâncias brancas, longitudinais e substância cinzenta centrais, onde a maioria dos corpos celulares dos neurônios espinhais está localizada. Está alojada e protegida no canal raquidiano da coluna espinal. A medula espinhal, nos adultos, possui cerca de 45 cm e estende-se desde a altura do Atlas (C1) até a primeira ou segunda vértebra lombar. A medula espinhal afila-se para o cone medular, do qual se estende um filamento delgado, denominado de “filum terminale” , que se interesse próximo ao primeiro segmento coccígeo. Na parte baixa do canal vertebral, descendem as raízes dos nervos espinhais caudais, que juntamente com o “filum terminale”, formam a cauda eqüina, que em o seu inicio no nível de T11 e termina, caudalmente, no nível do terceiro segmento sacral, ocupando sozinha o canal vertebral abaixo de L12. Há 31 pares de nervos que se originam da medula espinhal: são 8 pares de nervos cervicais, 12 torácicos, 5 lombares, 5 sacrais e um coccígeo. Cada par de nervos corresponde a um segmento espinhal. O primeiro par de nervos

espinhal emerge entre o occipital e o Atlas (C1), de modo que, na coluna cervical, o nervo emerge cranialmente, junto a sua vértebra correspondente. Somente a partir do primeiro segmento torácico é que o nervo espinhal emerge caudal à sua vértebra correspondente. Isto explica porque há 8 raízes de nervos cervicais. Cada raiz nervosa recebe informações sensitivas de áreas da pele denominadas de dermatômos e, similarmente, cada raiz nervosa inerva um grupo de músculos denominados de miótômos. O suplemento vascular para a medula espinhal origina de 2 recursos principais, incluindo uma artéria espinhal anterior e posterior e uma série de ramificações espinhais que entram no forame vertebral e nos níveis sucessivos. A interrupção do suplemento vascular para a medula resulta na privação de oxigênio e nutrientes e subsequente necrose do tecido neural. A artéria da medula espinhal é incapaz de desenvolver circulação sanguínea colateral para preservar a função neurológica. A transferência de energia cinética para a medula espinhal, o rompimento dos axônios, a lesão das células nervosas e a ruptura dos vasos sanguíneos causam a lesão primária da medula espinhal, e, no estágio agudo da lesão (até 8 horas após o trauma), ocorre hemorragia e necrose da substância cinzenta, seguida de edema e hemorragia (JAWORSKI; WIRSTZ, 1995).

A maioria das lesões da coluna são fechadas. Os 4 vetores de força aplicados para a coluna espinhal são: flexão, extensão, compressão e rotação. O tipo de acidente pode dar informação sobre o mecanismo de lesão. Lesões por flexão são freqüentemente associadas com acidentes automobilísticos, quando a cabeça é jogada violentamente para frente. Flexão e força rotacional ocorrem simultaneamente, e está associada com deslocamento e fraturas. Quedas são as causas mais comuns de lesões por hiperextensão, nas quais o queixo é atingido causando violenta extensão do pescoço. Fraturas explosivas são associadas com lesões de compressão vertical; há uma alta velocidade do fluxo sanguíneo para o topo da cabeça, como acontece nos acidentes por mergulho. Esses mecanismos podem ocorrer isolados ou combinados. Feridas penetrantes (FAF) podem atingir diretamente partes da medula espinhal ou causar concussão da medula (WALLECK, 1994).

A lesão direta da medula por projéteis ou por compressão de fraturas/luxações produz grau invariável de acometimento medular. Pode haver secções transversas, completas ou incompletas, ao nível dos segmentos afetados, ou hemorragia para dentro da medula, na região do traumatismo e dos segmentos

vizinhos. As lesões medulares podem se dividir em lesões extra-medulares e lesões medulares – que podem ser total (secção completa da medula; esmagamento transversal total da medula) ou parcial (1-concussão, 2-contusão, 3-laceração, 4-compressão, 5-hematomielia, 6-outras hemorragias, 7-edema e 8-congestão). As lesões podem atingir uma só vértebra ou podem atingir várias vértebras simultaneamente (SILVEIRA; 2000).

As fraturas/ luxações das vértebras, provenientes da LTME, podem ser acompanhadas de lesões da medula e das raízes nervosas, em virtude da concussão ou contusão medular. As mesmas lesões podem decorrer devido ao desvio das lâminas ou dos corpos vertebrais ou, algumas vezes, de material de disco intervertebral deslocado para frente, ou, então, do deslocamento para trás do ligamento amarelo. A medula ou as raízes nervosas pode pela pressão do osso, disco ou ligamento (SILVEIRA; 2000).

O nível da lesão medular é determinado pelo segmento mais baixo da medula espinhal, com a função motora e setorial intacta. As lesões podem ser completas ou incompletas. A lesão completa envolve a perda de todas as funções motora, sensorial e reflexos abaixo do nível da lesão medular. Na lesão incompleta, há preservação parcial da função motora ou sensorial, ou ambas, abaixo do nível neurológico da lesão.

O exame neurológico inclui a avaliação do componente sensitivo e motor.

A escala de Deficiência da “Americam Spinal Injury Association (ASIA)” é empregada para classificar o grau de deficiência da pessoa quanto à lesão medular (ASIA/IMSOP; 1996):

A - Completa: não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S₄-S₅;

B - Incompleta: há função sensitiva, porém não motora preservada abaixo do nível neurológico, estendendo-se até os segmentos sacros S₄-S₅;

C - Incompleta: há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos-chave abaixo do nível neurológico têm um grau inferior a 3;

D - Incompleta: há função motora preservada abaixo do nível neurológico têm um grau muscular maior ou igual a 3;

E - Normal: as funções sensitivas e motoras são normais.

O tratamento, na fase aguda após o trauma, visa evitar lesões adicionais, diminuir a mortalidade e melhorar as chances da reabilitação devendo ser iniciado já no local do acidente (DEFINO; 1999).

Quando o “déficit” neurológico está presente, o objetivo da avaliação primária (aguda) é imobilizar e alinhar a coluna com o menor movimento e prevenir futuras lesões até que o perigo para a medula espinhal tenha sido eliminado. Na cena do acidente, a vítima deve ser movida somente com a ajuda suficiente e imobilizações apropriadas. O pescoço deve ser estabilizado em posição neutra, sem movimento de flexão ou extensão, até uma imobilização adequada possa ser aplicada, por exemplo, o colar cervical (JAWORSKI; WIRTZ, 1995).

1.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO.

Para melhor compreender o tão complexo universo da sexualidade, é indispensável à realização de uma revisão da anatomia e neurofisiologia do aparelho reprodutor feminino.

A literatura afirma do ponto de vista do processo de reprodução que o organismo feminino é considerado mais complexo que o do homem, pelo fato de possuir mais uma função, a de abrigar e desenvolver um novo ser, função tão vital para perpetuação da espécie humana.

DANGELO; FATINI (1988, p.150) definem o aparelho reprodutor feminino como sendo:

“... o conjunto de órgãos encarregados da reprodução da mulher. Compõe-se também de órgãos gametógenos (produtores de gametas) e órgãos gametóforos (por onde transitam os gametas), e de um órgão que vais abrigar o novo ser vivo em desenvolvimento”.

Esta definição mereceria uma complementação, pois não são órgãos responsáveis apenas pela reprodução humana assumindo várias funções, como da identidade feminina, do prazer, função psicológica, social e função sexual.

Segundo MAIOR (1988, p.07) a função sexual:

“... dependente da integridade dos órgãos genitais, das influencias endócrinas, do comando neurológico encefálico e medular e da condição psicológica”.

A literatura comumente traz uma divisão anatômica e funcional dos órgãos genitais femininos, em internos e externos.

1.2.1 Órgãos genitais externos

Fazem parte da genitália externa (também chamada de vulva):

Os **grandes lábios**, pregas arredondadas, ricas em tecido adiposo, que se unem atrás das comissuras anterior e posterior, deixando entre si as *rimas do pudendo* facilmente visíveis, correspondem ao escroto masculino.

E medialmente a estes, consiste os pequenos lábios que se apresentam úmidos, avermelhados, glabros, permanecendo geralmente não visíveis, exceto nas crianças e idosas.

GARDNER (1975, p.494) complementa a inervação correspondente à genitália externa:

“Os lábios maiores e menores são inervados pelos nervos labial anterior (ramo de nervo ílioinguinal) e pelos nervos posteriores (ramo do pudendo)”.

O espaço entre os lábios menores encontra-se o **vestíbulo da vagina**, área que compreende o óstio externo da uretra, óstio da vagina (situando interiormente no canal vaginal a **membrana himenial**) e os orifícios dos ductos das **glândulas vestibulares** (ou também encontrada na literatura como **glândulas de Bartholin**). Estas glândulas, embora se exteriorize, alguns autores consideram-na como sendo pertencente a genitália interna e apresentam características homólogas às das glândulas bulboureterais no homem, liberando secreção lubrificante. GARDNER (1975) cita a presença do **frênulo dos lábios do pudendo**, isto é, a forquilha presente nas virgens principalmente abaixo do clitóris e parte antero-lateral formando o **prepúcio do clitóris**.

O **clitóris** é uma das estruturas eréteis, inervada pelo **nervo dorsal do clitóris**, capaz de se dilatar devido ao engurgitamento sanguíneo, altamente sensível a estimulação tátil e até mesmo psíquica, sendo assim representado homologamente ao pênis, mais exatamente ao corpo cavernoso masculino. Possui os ramos, fixados ao ísquio e ao púbis e o corpo do clitóris terminando na glândula. Esta também composta de tecido erétil, altamente sensível.

Outra estrutura erétil compreende o **bulbo do vestíbulo** que são pares de massas alongadas composta de tecido erétil, que ao redor do óstio da vagina são visíveis superficialmente. São homólogos rudimentais do bulbo do pênis que quando engurgitados dilatam-se proporcionando maior contato do orifício vaginal e o pênis, conferindo posteriormente a sensação de “peso” na região pudenda e edema.

GARDNER (1975) complementa a inervação das estruturas citadas acima, ora por fibras sensitivas (algumas responsáveis pela condução dolorosa e outras como receptores especiais), ora por fibras autônomas inervando vasos sanguíneos e glândulas.

1.2.2 Órgãos genitais internos

Compreendem as genitálias internas femininas: vagina, o útero, tubos uterinos e ovários.

A **vagina**, órgão feminino de cópula com formato tubular localizado entre bexiga e o reto, consiste de uma camada de tecido erétil, a parede vaginal é uma camada muscular com capacidade de contração e dilatação, compreendendo irrigação superiormente pelos ramos da artéria uterina e anterior e posteriormente as artérias ázigos.

GARDNER (1975, p.495) complementa a inervação:

“Exceto na parte mais inferior, que é innervada pelo nervo pudendo, a vagina é innervada pelo plexo interovaginal”

Mas o próprio autor cita que ambos são de significação duvidosa devido a pouca sensibilidade na vagina, exceto na sua parte mais inferior.

O **útero** cuja palavra grega significa *hystera*, formando as atuais denominais de exames e cirurgias. É um órgão muscular consistindo em um formato de pêra invertida tomando o ângulo de antiversão (90º graus), apresentando cerca de 80 cm de comprimento, 4 cm de largura e 2 cm de espessura e nos animais domésticos tem o formato de dois cornos. Distinguem em quatro partes: fundo, corpo, istmo e cervix, sendo que estruturalmente o útero apresenta as três camadas que compreendem o corpo uterino: endométrio (que sofre modificação no ciclo menstrual ou gravidez) o miométrio (constituindo-se de fibras musculares lisas) e o perimétrio (representada pelo peritônio) não ocorrendo, toda a preparação endometrial se desfaz, ocorrendo o fenômeno da menstruação.

O colo uterino, parte inferior uterina, por onde os espermatozóides ascendem em direção às trompas.

As Trompas de Falópio são dois tubos musculares, vem da palavra grega *salpínx* que significa tuba e sendo vários termos derivados dessa palavra como salpingite, salpingografia. A tuba uterina apresenta cerca de 10 cm de comprimento e está dividida em uma parte uterina, istmo (que se abre na cavidade uterina), ampola (porção central curvada sobre ovário) e infundíbulo (que abre-se na cavidade abdominal).

Circundando estes encontramos as fimbrias, projeções irregulares finas que se curvam sobre os ovários ficando preso apenas pela fimbria ovárica na extremidade tubal do ovário.

O óvulo liberado do ovário é captado pelas fimbrias que funcionam como tentáculos trazendo-o para o óstio abdominal da tuba. Os espermatozóides alcançam o infundíbulo dentro de horas depois de penetrado na cérvix, local onde geralmente ocorre a fertilização. É através da ação ciliar e peristáltica da tensão muscular tubal conduzindo o óvulo para a cavidade uterina.

GARDNER (1975) cita a inervação tubária que se dá pelo plexo ovárico e pelas fibras do plexo hipogástrico inferior, sendo ora fibras sensitivas, ora autônomas e vasomotoras. O autor relata a incerteza da importância funcional dessas fibras.

Os ovários, lisos, rosados que devido às cicatrizes subseqüentes por ovulações torna-se branco acinzentado e rugoso, são órgãos responsáveis pela produção de gametas femininos (óvulos) na puberdade. Além da função gametogênica, controlam o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a implantação do óvulo fecundado e início do desenvolvimento embrionário através da produção hormonal. São células reprodutoras femininas, que ao nascimento apresentam cerca de 500.000 folículos, mas somente 375 desenvolvem-se para a ovulação. E considerando indispensável citar a função hipofisária mais especificamente a adenohipófise, na produção hormonal, o FSH e LH que através da corrente sangüínea alcançam os ovários induzindo a proliferação, ovulação e a secreção dos hormônios sexuais femininos estrogênios. A liberação hormonal é secretada em quanto, e em fases diferentes caracterizando o ciclo menstrual (a menstruação corresponde à perda de 35 ml de líquido seroso e 40 ml de sangue). Ressaltando que recebe influências do meio próprio, do indivíduo e do meio externo.

É irrigado pela artéria ovárica e ramo ovárico da artéria uterina. GARDNER (1975) cita que o ovário é inervado pelo plexo ovárico, sendo predominantemente composto por fibras vasomotoras.

As glândulas mamárias que compreendem várias funções no complexo universo feminino, abrangendo aspectos físicos, biológicos, sociais e reprodutivos e principalmente psicológicos. São órgãos considerados por muitos autores como órgãos reprodutores acessório. GARDNER (1975) traz uma divisão puramente anatômica e associa didaticamente a aspectos venosos e linfáticos.

DANGELO; FATINI (1988, p.155) conceituam as mamas como sendo:

“... anexos da pele, pois seu parênquima é formado de glândulas cutâneas modificadas que se especializam na produção de leite após a gestação”.

As mamas situam-se ventralmente (ao músculo peitoral maior, músculo serrátil anterior e oblíquo externo) entre as camadas da tela subcutânea. Seu parênquima (tecido glandular) composto de 15 a 20 lobos, que seu conjunto forma-se o corpo mamário, de consistência mais firme. O estroma envolve cada lobo e o corpo mamário e é composto de tecido conjuntivo e predominantemente de tecido adiposo. É o que confere diferentes tamanhos e formatos, e estes sofrem ação no estado funcional em que a que se encontra. Encontramos as papilas que é abundantemente inervada, contendo ductos lactíferos e ao seu redor apresenta a aréola mamária rica em glândulas sebáceas e sudoríparas.

1.3 FUNCIONAMENTO NEUROFISIOLÓGICO DAS ETAPAS DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Como o estudo refere-se exclusivamente pacientes do sexo feminino a revisão a seguir contemplará o funcionamento e etapas do ato sexual feminino. Na literatura observamos que os autores se divergem no que diz respeito às nomenclaturas dessas etapas.

GUYTON (1991; p.526) enfatiza a importância do desejo sexual, e pensamentos eróticos e experiências prévias que antecedem as quatro etapas.

“... a realização efetiva do ato sexual feminino depende tanto da estimulação sexual local, como da estimulação psíquica... Os pensamentos eróticos podem levar ao desejo sexual feminino, e isso ajuda na execução do ato sexual feminino. Esse desejo baseia-se provavelmente tanto na experiência prévia da pessoa como em sua pulsão fisiológica, embora a pulsão sexual aumente efetivamente de forma proporcional ao nível de secreção dos hormônios sexuais. O desejo também se altera durante o mês sexual, atingindo seu pico próximo da ovulação, provavelmente devido aos elevados níveis de secreção de estrógeno durante o período pré-ovulatório”.

DELISA (1992) descreve quatro etapas para resposta sexual feminina ao ato sexual: “estágio de excitação”, “estágio de platô”, “estágio de orgasmo e resolução”.

A **fase de excitação** (também denominada de fase de ereção e lubrificação por outros autores) ocorre em resposta à estimulação sexual, podendo se desencadear por estímulos periféricos, do toque (reflexogênica) ou por estímulos centrais (psicogênica). Essa fase é controlada principalmente pelo sistema

nervoso parassimpático através de S₂ à S₄, estando envolvido também o sistema nervoso simpático (T₁₁ a L₂).

MAIOR (1988, p.07) complementa:

“Os estímulos psicogênicos são aqueles mediados pela visão, audição e olfato, por percepção direta ou através da memória, com participação especial do Sistema Límbico”.

Segundo LIANZA (1985) esta fase recebe a denominação de fase da ereção. Esta fase caracteriza-se pela lubrificação vaginal pelas glândulas de Bartholin, com a vasocongestão local. Outras alterações ocorrem como a expansão dos dois terços internos da vagina e elevação do corpo uterino, colo, grandes lábios e clitóris. Nesta fase os mamilos permanecem eretos e as mamas ligeiramente maiores.

A ***fase de platô*** corresponde aos altos níveis de limiar excitatório para desencadear fase seguinte (orgasmo). Os processos de expansão vaginal e engurgitamento dos mamilos e clitóris permanecem propagando o processo excitatório sobre parede torácica, abdome e mamas induzindo miotonia generalizada, taquicardia, taquipnéia, elevação arterial pressórica.

A ***fase do orgasmo*** corresponde à máxima intensidade dos estímulos sexuais locais, especialmente quando essas sensações são sustentadas por condicionante psíquico.

O orgasmo é sentido também como contração muscular rítmica vaginal, uterina e tubária, além do aumento da tensão da musculatura do períneo, incluindo alterações na atividade eletroencefalográfica. Esta fase corresponde à ejaculação masculina. Maior enfatiza que este estágio fica sob controle simpático.

O centro responsável pela contração da musculatura lisa das tubas e útero é de T₁₁ a L₂ e o centro S₂ a S₄ responsável pela contração rítmica da musculatura pélvica estriada.

DELISA (1992, p.611) afirma que:

“... embora mulheres que foram histerectomizadas ou tiveram clitoridectomia ainda possam experimentar orgasmo”.

GUYTON (1991, p.527), considera que os reflexos desencadeados pela fase de orgasmo auxiliam na fertilidade feminina e esclarece:

“Os possíveis efeitos que poderiam ocasionar maior fertilidade são: Primeiro, durante o orgasmo, os músculos perineais da mulher se contraem ritmicamente, o que conseqüente de reflexos medulares... Também é possível que os reflexos envolvendo o sistema nervoso simpático aumentem a motilidade do útero e das trompas durante o orgasmo, ajudando, assim, a transportar os espermatozoides até o óvulo, mas as informações sobre esse tópico são escassas”.

E a quarta fase, a ***de resolução*** corresponde ao retorno inicial de toda anatomia e fisiologia, isto é, a vasocongestão e as alterações anatômicas e fisiológicas que ocorreram, retornam ao seu estado normal.

GUYTON (1991, p.527) caracteriza esta fase como:

“... uma sensação de satisfação caracterizada por um relaxamento tranquilo”.

DELISA (1992) teoriza que os homens sempre passam por um período refratário imediato a ejaculação, não havendo ejaculação posterior.

Já as mulheres não contemplam esse período refratário apresentando o potencial de sucessivos orgasmos.

LIANZA (1985, p.280) refere à função sexual do portador de lesão medular como:

“... se bem que o portador de lesão medular apresente alterações na função sexual, sua feminilidade ou masculinidade persistem, já que elas são inerentes ao ser humano e influenciadas por fatores genéticos, físicos, emocionais e culturais. A função sexual é parte integrante da sexualidade, e pode ser definida como um complexo mecanismo neuropsicoendócrino-vascular”.

É importante enfatizar que este processo de resposta sexual feminino sofre influências intrínsecas do indivíduo e extrínsecas, não podendo levar em consideração apenas o aspecto anatômico (físico) e sim biológico, social, econômico e principalmente psicológico.

1.3.1 Inervação

Todo esse processo de resposta ao ato sexual depende da condução de estímulos preservados, conduzidos pelas vias aferentes ou sensitivas, centros medulares, vias eferentes ou motoras e trato supra nuclear. Para melhor compreendermos a totalidade da sexualidade, considero necessário uma abordagem da inervação de todo o processo.

NARANJO (1979) estuda a função sexual em pacientes masculinos lesado medular de forma didática, com a utilização de esquematização. Face às vias existentes, estruturamos em forma de uma abordagem esquemática a inervação das etapas do ato sexual feminino:

Via Aferente e Sensitiva

Na primeira fase (ereção), temos além dos estímulos psicogênicos, os estímulos táteis das áreas genitais externas e adjacentes (perineal) e a fricção da mucosa vaginal transmitindo-se via nervo pudendo. Os estímulos proprioceptivos de pressão e tensão do clitóris e órgãos intrapélvicos aferem-se ao longo dos nervos pélvico, ambos alcançados os segmentos sacrais S_2 à S_4 medular, parassimpático.

Como já citado anteriormente existe o estímulo psicogênico, compreende outra forma de obtenção de excitação, platô e orgasmo que corresponde aos segmentos simpático T_{11} à L_2 também denominado de “centro central” ou “centro psicogênico”. Responsável no estágio de orgasmo, pela contração da musculatura lisa das Trompas de Falópio e útero (corresponde a emissão masculina).

E para a contração rítmica da musculatura pélvica estriada, existe o controle do tipo somático do centro sacral S_2 , S_4 , também denominado como centro reflexo da medula (correspondente à ejaculação masculina).

Vias eferentes ou motoras

As respostas emitidas do centro parasimpático, localizado nos segmentos S_2 à S_4 passam pelos nervos esplânicos pélvico, também denominados de "nervos eretores" atingindo o clítoris que se engurgitam e sofrem ereção e as glândulas de Bartholin promovendo lubrificação.

Já as fibras simpáticas providas dos seguimentos T₁₁ à L₂ seguem através do nervo hipogástrico, atingem a musculatura lisa tubária e uterina provocando a contração das mesmas (correspondendo a emissão seminal).

E algumas fibras simpático – colinérgicas no nervo hipogástrico atingem o clitóris provocando o seu engurgitamento e ereção.

As fibras que procedem do centro sacral somático S₂ à S₄ seguem pelo nervo pudendo até chegar no bulbo do vestíbulo (homólogo rudimentares do bolbo do pênis) e no assoalho pélvico provocando a contração rítmica da musculatura pélvica estriada (correspondendo a ejaculação no homem).

Outra via pouco citada na literatura compreende a via **supra nuclear** que segundo ao trabalho promovido pela equipe do lesado medular do Hospital Sarah Kubitschek de maio 1988, corresponde aos estímulos olfatórios, visuais, auditivos, até mesmo digestivos que sejam por percepção direta ou por memória, alcançam através dos núcleos simpáticos e parassimpáticos o hipotálamo e córtex cerebral. Emitindo estímulos para os segmentos, razão pela qual pode ser mantida mesmo na ausência do comando medular. ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS(1988)

Dando ênfase a esta visão MAIOR (1988, p.12) afirma:

“A função sexual humana é muito influenciada pelos centros superiores, sendo que os estímulos psíquicos são capazes de inibir a ereção, provavelmente devido à ação cortical nos centros medulares correspondentes. Deve-se ainda considerar o papel da educação, estabelecendo regras de expressão sexual”.

A autora supracitada (Maior,1988, p. 12) sintetiza todo esse processo:

“Em síntese a função sexual compreende 3 (três) níveis: psíquico, gonodal e neuro-muscular, e sua manifestação normal depende do funcionamento e integração desses níveis.”

E é aí, nesta educação e integração que consideramos o papel da enfermeira no processo educacional de orientação sexual feminina como processo essencial para a adaptação total da paciente lesado medular.

1.4 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES SEXUAIS APÓS LESÃO MEDULAR

Os estudos sobre as alterações sexuais das portadoras de lesão medular são muito escassos.

MAIOR (1988, p.69) afirma:

“... as informações da literatura relativas às alterações da função sexual na mulher portadora de lesão raquimedular são bastante incompletas, quase todas se limitam a um parágrafo...”

Tentar-se-á levantar as principais alterações apresentadas, consideradas essenciais para uma real reabilitação sexual da paciente portadora da lesão medular.

Como no homem, a libido encontra-se preservada tanto em parapareses quanto em tetraplégicas. Mas, psicologicamente, o fator estresse emocional sofrido, promove graves alterações como a redução da auto-estima, da percepção da imagem corporal, da identidade sexual.

As barreiras começam a surgir: social, econômicas, relações interpessoais, poder de atração e conquista.

MAIOR (1988, p.69) resume didaticamente as alterações:

“Também na mulher, a lesão medular origina modificações sensitivas e motoras da resposta aos estímulos sexuais, tais como, perturbação da sensibilidade da genitália, da resposta erétil do clitóris e áreas adjacentes, da lubrificação vulvovaginal, além de prejuízo da ação muscular do assoalho pélvico, períneo e esfíncter anal”

Após revisão bibliográfica, podemos considerar que podem ocorrer as seguintes alterações (MAIOR,1988):

- Surgimento da amenorréia, principalmente na fase de choque medular, podendo haver a interrupção da menstruação por um período de seis meses, e em algumas mulheres até um ano. A causa desta alteração é desconhecida, mas se acredita que seja uma alteração a nível hipofisário provocado pelo trauma e estresse da lesão medular.
- Diminuição ou abolição sensitiva da genitália e região genital.
- Diminuição ou abolição dos movimentos contráteis da área pélvica.
- Diminuição ou abolição da lubrificação da genitália.
- Diminuição ou abolição da resposta erétil do clitóris e das respectivas estruturas eréteis.

MAIOR (1988, p.71) complementa:

“... não se conhece a freqüência e intensidade de tais modificações, sofrendo variações de acordo com o nível da lesão medular”.

Ao referir o tempo de lesão devemos considerar que:

- Lesão completa no centro toraco-lombar T₁₁ a L₂, haverá a lubrificação e ereção reflexa pelos centros sacrais S₂ a S₄ induzida por estímulos genitais. Já se a lesão for completa no centro sacral S₂ a S₄, haverá lubrificação e ereção via estimulação psicogênica central, pelos segmentos T₁₁ a L₂.
- Segundo LIANZA (1985:284) a fase de ereção (excitação) está mais preservada em pacientes:

- Lesões incompletas;
 - Lesões tipo neurônio motor superior.
- A fase de platô (correspondente a fase de ejaculação no homem) está predominantemente mais preservada em pacientes:
 - Lesões incompletas;
 - Lesões tipo neurônio motor superior.

Alguns autores consideram que as lesões completas são abolidas as possibilidades de orgasmo.

Opinião não aceita por outros autores:

“... por isso devemos nos atentar e buscar incentivos as portadoras de lesão medular a se conhecerem, explorarem seu corpo”. (MAIOR 1991, p.71).

A mesma autora expõe que:

“... a sensação orgástica pode ressaltar da estimulação de outras áreas erógenas do corpo, como os mamilos, acima do nível lesado. Há referência a hipersensibilidade da pele próxima ao dermatomo limítrofe, constituindo-se em verdadeira nova zona erógena”. (MAIOR 1991, p.74).

Na fase do orgasmo, LIANZA (1985, p.285) vem confirmar à necessidade da somatória de vários fatores além do fator físico para alcance do prazer:

“... a estimulação de outras áreas erógenas preservadas, e as sensações viscerais profundas de origem autônoma, assim como o vínculo emocional com o parceiro ajudarão a alcançar o prazer sexual”.

1.5 GRAVIDEZ X FERTILIDADE EM MULHERES COM LESÃO MEDULAR

Vários estudos vêm a confirmar que não ocorrem alterações hormonais e que estão preservados no que se refere caractere sexual secundários, permanecendo a fertilidade intacta nas mulheres com lesão raquimedular, sendo ela capaz de conceber, manter uma gestação, entrar em trabalho de parto ao feto a termo, podendo até realizar parto normal via vaginal.

Após o retorno do ciclo menstrual normal, a mulher com lesão medular poderá conceber naturalmente visto que os ovários, estando mais bem protegidos e vascularizados do que os testículos, não haverá problemas hormonais ou de fertilidade.

Sobre os mecanismos necessários para fertilidade feminina GUYTON (1991, p. 527) esclarece:

“O óvulo permanece viável e capaz de ser fertilizado provavelmente por não mais de 24 horas após ser expelido do ovário. Por esta razão, os espermatozóides têm de estar disponíveis logo após a ovulação para que ocorra a fertilização. Por outro lado, alguns espermatozóides podem permanecer viáveis no aparelho reprodutivo feminino por até 72 horas, embora muitos deles, por não mais de 24 horas”.

O mesmo autor enfatiza:

“Portanto para que haja fertilização, a relação sexual tem que ocorrer em geral em algum momento entre um dia antes e um dia depois da ovulação”. GUYTON (1991, p. 528).

A literatura confirma a preservação da fertilidade e gestação. MAIOR (1988) ressalta a importância da necessidade de uma integração e cooperação entre fisiatra e obstetra, para uma melhor assistência à pacientes.

A autora cita como problemas gerais:

“... estão listados os maiores riscos de úlceras de decúbito, anemia, alterações no ritmo intestinal, infecção urinária, dificuldade de executar passagens e transferências, tromboembolismo e transtorno respiratório e o aumento da espasticidade”.
(MAIOR, 1988, p.72)

E como problema específico:

“... a dificuldade de perceber o início do trabalho de parto nas pacientes com lesão acima de T_{10} e a possibilidade de a contração uterina induzir uma crise de disreflexia autonômica nas pacientes com lesão acima de T_5 e T_6 ”.
(MAIOR, 1988, p.72)

Realizando um acompanhamento médico periódico, exames necessários, cuidados essenciais será possível uma gravidez saudável.

SZASZ (1991) traz um depoimento importantíssimo para exemplificar a possibilidade de uma concepção. Trata-se do depoimento de uma tetraplégica, nível C_5 , C_6 , por MAR (Mergulho em Águas Rasas) deu a luz a 5 (cinco) filhos por parto normal sem quaisquer complicações.

LIANZA (1985) traz a importância quanto aos cuidados respiratórios e cardiovascular para pacientes de lesão medular acima de T_6 especialmente nos últimos meses de gestação pela compressão diafragmática pelo crescimento uterino, podendo ter dispnéia, até mesmo desencadear uma disresflexia.

O autor complementa que às vezes nas lesões altas, o parto normal poderá necessitar de fórceps ou até mesmo cesariana.

LIANZA (1985, p.285) expõe:

“Quando a necessidade de adutores é muito intensa e dificulta a abdução dos membros inferiores durante o parto, a fenolização bilateral do ramo anterior do nervo obturador ou mesmo a etnotomia dos adutores com neurectomia do ramo anterior do obturador tem-se mostrado úteis”.

1.6 CONTEXTO PSICOLÓGICO SOBRE A SEXUALIDADE DE MULHERES COM LESÃO MEDULAR.

Para melhor compreendermos os aspectos sexuais dos portadores de lesão medular é necessário estabelecermos uma relação positiva integrando e promovendo condições favoráveis no desenvolvimento no processo de reabilitação, mais especificamente no processo de readaptação no que se refere aspecto sexual. Considere de suma importância para os profissionais de reabilitação a compreensão das fases de adaptação no processo de reabilitação que segundo a psicologia são:

- **Choque** – é um momento de estranheza na fase diagnóstica. A pessoa não sabe; não compreendem que seu corpo está doente; não está convicta e nem mostra ansiedade; acha que é um pesadelo do qual logo irá acordar. O choque ainda se percebe como “normal” estabelecendo metas para realização das mesmas coisas que realizara antes, é uma fase mais é necessária.
- **Expectativa de Recuperação** – expectativa de recuperação e não de reabilitação. O paciente se dá conta que está doente, mas que se recuperará. Utiliza frases como “quando ficar bom”, “quando voltar a andar”. Tendem a superestimar quaisquer melhora. É uma fase complicada para o Processo de Reabilitação, porque não querem “funcionar” com sua incapacidade.

- **Luto** – sofrimento agudo. É a fase em que toma consciência de seu estado. Tendo a percepção de que a deficiência pode ser permanente. Sente-se desvalorizado, desanimado; não traça metas nem objetivos; não se cuida; sem vontade de fazer algo, podendo entrar em depressão que é diferente de sofrer. Medicalizar tira vontade de não fazer nada, podendo levar a → suicídio. É comum sofrimento pelas perdas psicológicas como feminilismo, masculinismo, orgulho, fé... É uma fase positiva e necessária para a reabilitação.
- **Defesa Saudável** – começa a enfrentar a deficiência. Se sente motivada. Começa a traçar objetivo, é quando consegue modificar seu sistema de necessidades, valores, crenças, abrindo mão do “corpo perfeito” como único meio de alcançar seu objetivo.
- **Defesa Neurótica** – emprega mecanismos de defesa que negam a existência da barreira (pode a paciente negar a existência da barreira parcial através de mecanismos de defesa negação).
- **Adaptação** – considera sua incapacidade meramente como apenas mais uma de muitas características próprias. A lesão não é mais o foco principal; não existe mais a deficiência como uma barreira para alcance dos objetivos.

As fases de adaptação citadas acima são essenciais para o enfermeiro de reabilitação, como para toda a equipe, para situar em quais fases as pacientes estão enfrentando e assim procurar compreender suas reações e atitudes, auxiliando-os para um processo de adaptação favorável. Então não existe uma receita pronta para o processo de reabilitação sexual para os pacientes com lesão medular sendo necessário um processo de reabilitação individual, não se atribuindo uma estrutura ou personalidade específica a todos. As pessoas com lesão medular diferem entre si sendo a lesão apenas uma das várias características presentes no indivíduo. Concordamos que certos traços possam estar presentes, com maior ou menor intensidade, mas nunca generalizando tais traços a todos eles.

“Traços tomados isoladamente não caracterizam a pessoa, que é composta por um todo integrado e funcional, envolvendo condições biológicas e sociais determinantes e que os traços psicológicos só podem ser compreendidos dentro da organização dinâmica de cada um”.

Tendo como base o pensamento acima, a autora MAIOR (1988) após a avaliação de pacientes paraplégicos, conclui que determinadas áreas precisam passar por um processo de adaptação e que são áreas fortemente relacionadas com a sexualidade, imagem corporal, auto-estima e identidade sexual.

A imagem corporal representa o conjunto de informações percepções e sentimentos conscientes e inconscientes do corpo; após a lesão raquimedular, surge um conflito de aceitação e adaptação às novas circunstâncias.

Segundo MAIOR (1988, p.24):

“... a mulher com lesão raquimedular, embora tenha sido menos comprometida que o homem em alguns níveis da função sexual, é fortemente atingida pela transformação estética do seu corpo”.

A reconstrução de uma nova imagem corporal precisa acontecer a partir das reações deste corpo e das reações das outras pessoas. Vários sentimentos como medo e vergonha podem surgir diante das possíveis situações que podem ocorrer, como a de ser rejeitado socialmente e sexualmente pela presença da deficiência, acarretando conflito de adaptação e aceitação. Além disso, pode estar presente a atitude de isolamento e até mesmo indiferença para com o problema, sendo um escape, um mecanismo de defesa utilizado.

NOVAES apud SALIMENE (1995, p.33) esclarece:

“... que é comumente presente no lesado medular a dificuldade de interação do esquema corporal, sendo comum sentirem-se incompletos, não conseguindo

integrar as formas e partes físicas em uma nova imagem corporal”.

Para a efetiva reestruturação da imagem corporal pelas pessoas com lesão medular é necessário reestruturar o seu autoconceito, através do conhecimento de suas limitações e capacidades além da própria incorporação dos equipamentos que passou a utilizar (cadeira de rodas, andadores, muletas) aprendendo a viver com o “novo” corpo.

È enfermeira de reabilitação compete compartilhar esta busca e compreender que reabilitação sexual vai além de procedimentos e técnicas, ajudando a resgatar a mulher que existe em cada paciente.

DELISA (1992, p.08) define o que é ser enfermeiro de Reabilitação:

“A terapia com enfermagem de reabilitação é semelhante à enfermagem em outros cenários. Entretanto, as funções da enfermeira de reabilitação dão ênfase a certas prioridades relacionadas á promoção de funções máximas. A enfermeira deve estar constantemente vigilante para quaisquer pequenas habilidades e modificações ambientais que façam a diferença entre dependência e independência”.

É certo que estamos vivenciando valorizações sociais, onde se evidencia cada vez mais o culto à beleza física e sensual, tornando a estética corporal como atributo físico utilizados inclusive como afirmação sexual. A importância dada à aparência física é indiscutível, tendo que ser mais bem compreendida para propiciar um processo de reabilitação integral.

Tendo base que a auto-estima está diretamente relacionado com a confiança e a satisfação que o corpo proporciona ao próprio indivíduo, vários sentimentos poderão surgir quando a auto-estima estiver afetada como o de inferioridade, abandono, incapacidade. E para aqueles portadores de lesão medular

que baseiam a sua auto-estima a capacidades físicas, poderá encontrar maior dificuldade no que se refere ao reajustamento após a lesão, levando em consideração que existe todo um processo de autoconhecimento do “novo” corpo.

As questões sobre sexualidade, o sexo, desejo, os papéis e os estereótipos sexuais, e a busca do prazer tende a impulsionar as pessoas tendo este sido tema discutido no início do século por Freud e até ser discutido nos dias atuais, não podendo ser considerado assunto esgotado. Atualmente tem-se discutido sexualidade de modo bastante constante, voltada principalmente na busca de orientação, prevenção de doenças, planejamento familiar, contracepção, dando pouco valor aos sentimentos ligados a ela. A sexualidade, ao contrário do pensamento de muitos, se relaciona com a pessoa integralmente isto é, como a pessoa se percebe da auto-imagem, auto-estima e como se relaciona com os outros.

1.7 CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO–CULTURAL DA SEXUALIDADE DA MULHER COM LESÃO MEDULAR.

O contexto sócio–econômico–cultural compreende uma outra faceta menos importante neste universo de relações, que se considera necessário para se compreender totalmente a questão comportamental das portadoras de lesão medular.

Não se pode deixar de citar que a mulher moderna tem se emancipado socialmente e culturalmente, mas sabemos que ainda existem resquícios de uma sociedade dominante e patriarcal. Dessa forma, a mulher assume socialmente o papel de submissa, refletindo na sua vida sexual. E além deste fator de papel de submissão social, considero importante citar sobre o “pré-conceito” e o preconceito às pacientes portadoras de lesão medular aos deficientes físicos de modo geral, que sofrem repressão social, econômica, pois não é interesse para uma sociedade capitalista que visa à produção e o lucro. E culturalmente falando, a mulher com lesão medular ainda pode ser identificada como “anormal” frente ao considerado

padrão de normalidade da sociedade. Entre outros aspectos que influenciam no “processo de resposta sexual”, consideramos importante realizar uma revisão da literatura sob esse prisma.

MURARO apud SALIMENE (1995, p.35), considera:

“...’sexo’ está envolvido entre dois eixos da vida humana: o individual e o coletivo. Isto é, trata-se do elemento mais essencial de nossa interioridade, o lugar onde interagem libido, pulsões, desejos, prazeres, funções, desprazeres e também o elemento mais significativo que o chama de “economia política da vida”, isto é, considera o exercício da sexualidade como possibilidade de regulação das populações com efeitos globais da reprodução e controle nas sociedades modernas”.

SALIMENE (1995, p.37) conceitua a cultura:

“Como sendo o campo simbólico e material das atividades humanas estudadas pela etnografia, etnologia, antropologia e filosofia, devemos admitir que a sexualidade humana somente poderá ser compreendida em face da apreensão do dado cultural concreto, ou seja, o dado que definem as suas formas de manifestação, de expressão e os valores simbólicos que lhes são atribuídos”.

Por isso, é de suma importância discutir as questões sociais, culturais e econômicas das pacientes em estudo, levando em consideração que atualmente a mulher “não é vista” como ser dominado e passivo e que houve transformações “culturais”, substituindo pela participação e prazer sexuais mútuos. Podemos observar nos próprios veículos de comunicação, revistas, televisão..., que abordam

temas como sexo, prazer, aperfeiçoamento dos métodos contraceptivos..., Frequentemente, e principalmente questões da sexualidade feminina podendo estar intimamente ligada a emancipação feminina, a uma notável abertura social econômica e sexual da mulher. Mas, não assumindo um papel ingênuo da completa emancipação sexual feminina, sabendo que ainda há resquícios de uma sociedade patriarcal e dominante. MURARO apud SALIMENE (1995) cita sobre a sexualidade feminina no plano cultural atribuindo como traço dominante de uma sociedade capitalista e patriarcal e autoritária sobre a sexualidade, assumindo um papel de passividade, mascarada e obscurecida.

É válido comentar, que os valores simbólicos presentes na sociedade tendem a reprimir e controlar a expressão da sexualidade humana. Vivemos em um campo simbólico e cultural em que temos que incorporar regras e valores sociais que estabelecem preconceitos e discriminações frente à deficiência tida como uma “anormalidade” para com o padrão pré-estabelecido de normalidade social.

Nesta perspectiva, o sexo pode sofrer interferência no que se refere ao prazer, manifestação, alterando o chamado “padrão de resposta sexual” através dos problemas físicos, doenças, lesões, drogas e principalmente de fatores de ordem emocional e cultural, que tendem a reprimir a sexualidade humana, principalmente a sexualidade de portadores de deficiência física.

A repressão e o considerado “anormal” pela sociedade transforma a portadora de lesão medular em assexuada pelo fato de ser do sexo feminino e de possuir deficiência física voltando o “corpo” na concepção do processo produtivo, para o trabalho, em uma sociedade capitalista que privilegia, exclusivamente as relações de produção e lucro.

Durante a realização do trabalho considerou-se indispensável falar sobre reabilitação sexual feminina e suas alterações, abordando os aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam direta e indiretamente no processo de resgate da sexualidade.

Após este estudo bibliográfico, consideramos que obtivemos uma expansão no que se refere ao universo social tão complexo e cheio de regras e

padrões empregados ao paciente lesado medular para inserir-se à sociedade e ao trabalho.

Segundo MARX apud SALIMENE (1995 p.48):

“Trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio natural com a natureza. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes formas úteis à vida humana”.

SALIMENE (1995, p.49) discute sobre esse conceito:

“Quando pensamos nos portadores de deficiência, e mais especificamente naqueles que a adquiriram por circunstâncias que envolvem diretamente a violência das sociedades industrializadas (isto é o caso da maior parte da aquisição da lesão medular), esta relação se agudiza. Aspira-se sua volta à sociedade não pelo que é como pessoa, como ser, mas como aquilo que possa dar de retorno à sociedade – o seu trabalho produtivo...”.

Os pensamentos, conceitos expostos e a revisão da literatura anteriormente abordada podem nos auxiliar a adquirir maior compreensão do estudo proposto, sob a perspectiva do infinito universo da sexualidade feminina, da saúde da mulher e da sua expressão social.

Ressaltamos que este estudo irá se basear na concepção primordial de que todo trabalho de reabilitação deve ter a valorização e a utilização das potencialidades preservadas no indivíduo em detrimento da visão tradicional que restringe a sexualidade à genitália, valorizando o aspecto global da sexualidade humana.

Face à complexidade e abrangência do estudo, consideramos necessária a produção e a divulgação de conhecimentos científicos e específicos em relação à sexualidade da mulher com lesão medular. Tendo como assuntos abordados no presente estudo, as principais alterações sexuais vivenciadas, aspectos psicológicos, sociais, culturais e biológicos os quais serão analisados e discutidos, a fim de explicitar com mais clareza e profundidade, sobre a sexualidade feminina e lesão medular.

2. OBJETIVOS

Para compreender a dimensão da sexualidade em mulheres com lesão medular, propomos os seguintes objetivos:

1. Caracterizar as mulheres com lesão medular quanto à idade, etnia, religião, escolaridade (anos de estudo), estado civil, composição familiar, profissão, ocupação, procedência. (ANEXO H)
2. Caracterizar as mulheres quanto à lesão medular: nível e grau da lesão, tempo de lesão, causa externa e capacidade funcional. (ANEXO H)
3. Identificar as relações entre os valores da Medida de Independência Funcional-MIF (ANEXO I).
4. Identificar as alterações da função sexual relatadas pelas mulheres com lesão medular, segundo a aplicação do CSFQ (ANEXO J) e (ANEXO L).
5. Identificar os fatores associados à vida sexual relatada pelas mulheres com lesão medular. (ANEXO L)
6. Conhecer as expectativas pelas mulheres com lesão medular sobre a própria sexualidade. (ANEXO L)

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, aplicado de campo, de natureza quantitativa.

Estudo de caráter descritivo, visando retratar as características de indivíduos no grupo, assim como a frequência de ocorrência de fenômenos específicos, conforme preconiza POLIT; HUNGLER (2004). Segundo Rudio (2001, p.71), na pesquisa descritiva:

“o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem interferir para modificá-la. Descrever é narrar o que acontece assim a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los.

É também exploratório, visto buscar o conhecimento de traços, características e problemas de indivíduos no grupo, a fim de subsidiar cientificamente outras situações idênticas de pesquisa, conforme está destacado por Triviños (1993).

A pesquisa quantitativa investiga fatos com variáveis predeterminadas submetidas à mensuração e os resultados obtidos são expressos numericamente, Appolinário (2004 p155) e Polit 1987.

Em relação ao estudo de campo para Gil (2002, p.53), caracteriza-se como:

“um único campo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação entre seus componentes. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo”.

Por último para Klein e Bloch (2003, p.125),

“estudo transversal é a estratégia de estudo que se caracteriza pela coleta de dados dos indivíduos em uma única oportunidade. A aplicação mais comum de um estudo transversal está ligada à necessidade de se conhecer de que forma uma ou mais variáveis, individuais ou coletivas, se distribuem em determinada população”.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no estado de São Paulo, cidade de Ribeirão Preto, à partir de um Hospital de nível terciário, dois hospitais secundários que atendem a DIR XVIII e duas Clínicas de fisioterapia que ajudaram a compor a população e amostra deste estudo, entre eles, estão, o HCFMRP-USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (Hospital Universitário no interior do estado de São Paulo, classificado como de grande porte, nível terciário e referência para o tratamento especializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as cidades pertencentes à Divisão Regional de Saúde (DIR-18) de Ribeirão Preto) e sua Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto (hospital secundário também referência para o tratamento especializado pelo Sistema Único de Saúde-SUS), Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto, Clínica Ambulatorial de Fisioterapia da UNAERP- Universidade de Ribeirão Preto, Clínica Ambulatorial de Fisioterapia – Barão de Mauá de Ribeirão Preto.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por mulheres com LTME atendidas em hospitais, secundário, terciários e clínicas de fisioterapia da cidade de Ribeirão

Preto, no período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004. A amostra foi composta por 51 mulheres e a maior parte desta amostra foi encontrada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com número absoluto de 42 mulheres com LTME, seguido das demais instituições com números menores de atendimento durante o período acima, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto com quatro mulheres com LTME, Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto com uma mulher, Clínica Ambulatorial de Fisioterapia da UNAERP-Universidade de Ribeirão Preto com três mulheres, e Clínica Ambulatorial de Fisioterapia – Barão de Mauá de Ribeirão Preto com uma mulher com LTME.

As mulheres que fizeram parte deste estudo foram identificadas aleatoriamente, através de nomes de **“pedras-semi e preciosas”**, acompanhadas pela **“letra P”** e um **“número”** que varia de 01 a 51, para manter o sigilo das respondentes da pesquisa.

Isto posto, temos: Coralina Vermelho (P1), Ágata Amarela (P2), Ágata Vermelha (P3), Água Marinha (P4), Alexandrita (P5), Âmbar (P6), Ametista (P7), Aventurina (P8), Berilo (P9), Beryl (P10), Calcedônia (P11), Citrino (P12), Cornalina (P13), Crisoprásio (P14), Cristal De Rocha (P15), Diamante (P16), Esmeralda (P17), Espinélio (P18), Granada (P19), Heliotrópio (P20), Iolita (P21), Jacinth (P22), Jade (P23), Jasper (P24), Lazuli (P25), Olho De Falcão (P26), Olho De Gato (P27), Olho De Tigre (P28), Ônix (P29), Opala (P30), Ouro (P31), Pedra Da Lua (P32), Periodoto (P33), Pérola (P34), Quartzo Azul (P35), Quartzo Dourado (P36), Quartzo Olho-De-Gato (P37), Quartzo Róseo (P38), Rodocrosita (P39), Rubi (P40), Safira (41), Sardo (P42), Sodalita (P43), Tanzanita (P44), Topázio Azul (P45), Topázio Imperial (P46), Turmalina (P47), Turquesa (P48), Zircão (P49), Zircônia (P50), Caciterita (P51):

Decidimos utilizar as pedras semi-preciosas e preciosas brasileiras para nortear os sujeitos da pesquisa, fazendo uma analogia a estas mulheres com lesão medular, que são raras de serem encontradas, de serem estudadas e apresentam uma riqueza própria e característica, as quais merecem atenção especial.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão para a composição da amostra
 - Ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da pesquisa.
 - Mulheres com lesão medular.
 - Ter no mínimo um ano de lesão medular.
 - Possibilidade de comunicação verbal.
 - Residir na cidade de Ribeirão Preto.
 - Concordância em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (ANEXO C)
- Critérios de exclusão
 - Ter idade inferior a 18 anos no momento da pesquisa.
 - Apresentar outro diagnóstico que não seja lesão medular.
 - Residir fora da cidade de Ribeirão Preto.
 - Não ter sido atendida em Ribeirão Preto.
 - Recusar-se a participar do estudo após os esclarecimentos.

3.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Inicialmente, para realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP, para apreciação e aprovação (ANEXO A). Sendo solicitado, pelo CEP, a concordância dos departamentos desta instituição, envolvidos direta e indiretamente com a população em estudo. Foram obtidas as concordâncias dos chefes dos departamentos de Cirurgia e Anatomia do HCFMRP-USP (ANEXO B) e neurocirurgia (ANEXO C), do Departamento de Ortopedia do HCFMRP-USP (ANEXO D), do Departamento de Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP, do Departamento de Medicina Social, do Banco de Dados do Departamento de Medicina Social CPDH do HCFMRP-USP (ANEXO E), do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico-SAME do HCFMRP-USP, Departamento de superintendência do HCFMRP-USP, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto, Clínica Ambulatorial de Fisioterapia da UNAERP - Universidade de

Ribeirão Preto, Clínica Ambulatorial de Fisioterapia – Barão de Mauá de Ribeirão Preto.

Posteriormente foi realizado levantamento de dados no Banco de Dados do Departamento de Medicina Social CPDH do HCFMRP-USP e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico-SAME do HCFMRP-USP, do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, Hospital Santa Casa de misericórdia de Ribeirão Preto, arquivos das clínicas de Fisioterapia da UNAERP e da Barão de Mauá, com a finalidade de se conhecer as mulheres vítimas de Trauma Raquimedulares (TRM) atendidas nos hospitais de Ribeirão Preto, no período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004; composta uma população de 81 mulheres, com seus respectivos dados de identificação e dados sócio-demográficos, como nome, endereço, número do prontuário, procedência, profissão, ocupação, data de nascimento, estado civil, óbitos, e principalmente os telefones e endereços de contatos.

Diante destes dados, foi realizada uma busca em prontuários para identificação de dados específicos da lesão medular, como data do ocorrido, o tipo de lesão e nível de lesão. Os prontuários selecionados foram acessados pela pesquisadora em momento anterior à visita no domicílio para o registro de dados relacionados à lesão medular.

Deste total, 81 mulheres, foram excluídas 30 que não atenderam aos critérios de inclusão, sendo 12 delas com diagnósticos não relacionados à lesão medular, 11 não localizadas, seis que faleceram e uma que se recusou a participar da pesquisa.

3.6. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Segundo POLIT & HUNGLER (1995, p.168),

“a construção de um plano de entrevista ou questionário estruturados constitui tarefa que demanda tempo, requerendo muita atenção ao detalhe. O investigador

precisa tomar decisões, dentre essas quanto ao uso ou não de um plano de entrevistas ou um questionário auto-administrado, além de saber como equilibrar entre perguntas aberto-fechadas e fechadas”.

Dentro deste contexto, a formulação dos questionários e a utilização dos questionários validados em questão se deu a partir da reflexão do processo de reabilitação, para que o instrumento tenha a referência adequada e pertinente das temáticas sexualidade e lesão medular.

Foram utilizados 4 instrumentos:

- **Dados Demográficos e Clínicos para Caracterização da Amostra**, (ANEXO H) instrumento que abordou dados de identificação demográfica e referentes a lesão medular propriamente dita.

As variáveis deste instrumento são: Idade atual, Instituição, Etnia (Branca, Negra, Amarela, Parda), Religião (Católica, Evangélica, Protestante, Testemunho Jeová e Nenhuma), Atuação Religiosa (Praticante ou Não Praticante), Profissão antes da lesão medular, Ocupação Atual, Estado Civil anterior da L.M (Solteira, Casada/Amasiada, Viúva ou Separada) Estado Civil atual (Solteira, Casada/Amasiada, Viúva ou Separada), Composição Familiar- vive com (Sozinha, Companheiro, Mãe, Pai, Filho, Filha, Irmã, Tia, Prima, Nora e/ou Avós), Escolaridade (Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo- (8ª), Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio Completo(3a), Superior Incompleto, Superior Completo (3 a 5a) Ensino Especial), Nível Neurológico da Lesão (Cervical, Torácica, Lombar ou Sacral), Grau ou Extensão da Lesão (Completo ou Incompleto), Etiologia (Traumática ou Não Traumática), Causa Externa, Tempo de lesão medular, se faz uso de Fumo, Bebida Alcoólica, se faz uso de anticoncepcional, Doenças de Base, Complicações Gestacionais e Outras Doenças citadas pelas pacientes.

- **FIM -Functional Independence Mensure (também conhecido como MIF-Medida de Independência Funcional)**, instrumento utilizado para a população de adultos, na versão 4.0. (ANEXO I).

O grupo de trabalho para a criação de um Sistema Uniforme de Informações para reabilitação médica foi instituído em 1983 para atender a uma necessidade de longa data que era a de documentar o grau de eficiência física dos pacientes e os resultados da reabilitação médica. Até recentemente não havia uma maneira uniforme para a descrição e comunicação das deficiências. O Grupo de Trabalho foi patrocinado pelo American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) e pela American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R). Obteve-se um donativo do National Institute on Disability and Rehabilitation Research para criar um conjunto mínimo de informações que pudesse ser gerenciado de maneira rápida e uniforme, que usasse medidas consistentes e confiáveis e que fosse também multidisciplinar mas aceito pelos médicos desta área. A Medida de Independência Funcional (MIF) foi criada para este fim. Ela avalia a capacidade do paciente em cuidados próprios, controle, mobilidade, locomoção, comunicação e percepção social numa escala de sete níveis. GOMES 2000

Segundo GOMES 2000, o conjunto de dados inclui também informações demográficas do paciente, sobre os grupos de deficiência, a duração da internação hospitalar e os custos. Porém não analisaremos estes dados visto não estarem em fase de internação.

Decidimos por utilizar o MIF devido ser validada em português, por ter alto nível de reprodutividade e confiabilidade (RIBERTO;YAZAKI;SAKAMOTO; BATTISTELLA 2001), ao reconhecimento da rígida construção da medida mesmo, que foi calculada por meio de perguntas específicas sobre a dificuldade de compreensão (88% não acharam difícil), existência de itens desnecessários (para 97% não houve itens desnecessários), ausências de itens necessários (83% não acharam necessário acrescentar itens). Pediram-se também comentários de qualquer natureza. Com relação à pergunta acerca da adequação da MIF para se medir o grau de deficiência obteve-se uma resposta positiva de 3,4 (numa escala até 5). Com base nas observações da fase experimental a MIF passou a ter 18 itens e 7 níveis. A fase de implementação, cuja avaliação se deu em 58 serviços em 1987, confirmou a validade e precisões encontradas na fase experimental, mostrou

melhoras na confiabilidade das avaliações (correlação intraclasse de 0,95) para o total da MIF. Cada um dos 18 itens do FIM tem pontuação de 1 a 7. Para o conjunto dos itens, a pontuação pode ir de 18 a 126.(GOMES 2000)

Foram seguidos os quatro princípios fundamentais para uso da MIF, segundo GOMES 2000: destina-se a incluir um número mínimo de itens. É um indicador básico da gravidade da deficiência. Mudança na MIF = benefícios / resultado do tratamento; a escala de 7 níveis representa as diferenças mais importantes em comportamento independente e dependente; reflete a carga, ou volume, de cuidado em termos de tempo/energia requeridos para atingir e manter independência; a MIF mede aquilo que a pessoa está realizando na época da avaliação.

Foi utilizada a escala MIF segundo as peculiaridades que GOMES 2000 traz em seu estudo, como por exemplo, para cada um dos 18 itens incluídos tem um escore máximo de 7, e o mínimo de cada item é 1. Os escores totais variam de 18 a 126, sendo registrado o escore que melhor descrevia o nível de função do paciente para cada item na folha de codificação. A função é avaliada por observação direta do paciente e registrado o desempenho real e não a capacidade. Quando ocorrem diferentes pontuações em uma mesma atividade, é registrado o escore mínimo.Quando há necessidade de preparação do material por outra pessoa que não o paciente, a classificação é quantificada em nível 5. Se o individuo não pode ser avaliado pois ficava em situação de risco quando testado, é colocado 1. Se a pessoa não desempenha uma atividade, é classificado com 1.

Por exemplo, o paciente que precisa tomar banho no leito é classificado com 1 na transferência para banheira ou chuveiro. Quando for necessário 2 ajudantes para que o individuo desempenhe a atividade descrita num item, é registrado 1. Todos os itens da MIF são preenchidos. Para os itens Andar/Cadeira de Rodas, compreensão e expressão, é marcado o modo mais usual na pequena elipse.

Quanto a aplicação da MIF, vale ressaltar que há indicação de que os dados de admissão devem ser coletados dentro de 72 horas após a admissão, porque os pacientes podem aprender ou desaprender algumas atividades e os dados de alta também devem ser coletados, dentro de 72 horas antes da alta. Os

dados de seguimento *follow-up* são coletados 80 a 180 dias após a alta. GOMES 2000. Porém não avaliamos segundo essas indicações de horas, por não estarmos presenciando a amostra em estudo no momento de internação e/ou alta hospitalar.

À seguir apresentaremos a descrição da pontuação da MIF segundo RIBERTO;YAZAKI;SAKAMOTO; BATTISTELLA(2001)e SEGAL;DITUNNO, STAAS, (1993).

INDEPENDENTE- Não necessita ajuda de alguém para desenvolver a atividade- SEM AJUDANTE

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA - todas as tarefas descritas são realizadas com segurança , sem alterações, sem ajuda e em tempo razoável.

INDEPENDÊNCIA MODIFICADA – quando a um ou mais de uma destas ocorrências: uso de algum dispositivo de ajuda, tempo acima do razoável ou riscos de segurança.

DEPENDENTE – Quando é preciso ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para o paciente executar a tarefa ou quando a tarefa não é executada - PRECISA DE AJUDANTE.

DEPENDÊNCIA MODIFICADA – O paciente executa 50% ou mais do trabalho. Os níveis de assistência requerida são:

Supervisão ou preparação – quando o paciente necessita ajuda apenas em estar ao lado, incentivar ou sugerir, sem contato físico, ou, ajuda na preparação de itens necessários ou na aplicação de órtese.

Assistência com contato mínimo – quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, ou quando o paciente faz 75% ou, mas do trabalho.

3. assistência moderada – quando é preciso mais que apenas tocar ou quando o paciente faz de 50 à 75% do trabalho.

DEPENDÊNCIA COMPLETA – o paciente faz menos de 50% do trabalho. É necessária a assistência máxima ou total, caso contrario a atividade não é executada. Os níveis de assistência são:

Assistência máxima – quando é preciso tocar o paciente realizando grande esforço de auxílio e o paciente colabora com menos de 50% do esforço, mais faz pelo menos 25%.

Assistência total – o paciente faz menos de 25% do trabalho.

- **CSFQ-F Changes in Sexual Functiong Questionnaire (Questionário Sobre as Alterações da Atividade Sexual)**, avalia as mudanças do funcionamento sexual do indivíduo adulto, bem como suas disfunções. (ANEXO J)

Estruturado pela Prof^a Dr^a Anita H. Clayton (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997) e seus colaboradores Elizabeth L. McGarvey e Gail J. Clavet, respectivamente atual vice-presidente do departamento de Medicina Psiquiátrica da Universidade de Virgínia- EUA e membros pesquisadores da área.

Instrumento validado para o português do Brasil, bem como para 35 países. (PROQOLID, 2005)

Esse instrumento é composto por duas partes, uma, contendo questões para o sexo feminino e a segunda parte, contendo questões para o sexo masculino. CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, (1995).

Para este estudo, utilizamos somente as questões para o sexo feminino dada a pertinência. (ANEXO J). A sua utilização é indicada para todas as doenças sexuais, disfunções e alterações. Não apresenta limite de tempo de preenchimento e a aplicação pode ser pelo próprio pesquisador. (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997)

As instruções para preenchimento e pontuação do CFSQ são pedir ao paciente para preencher os 14 itens na versão clínica do CSFQ. O Paciente deve marcar na lacuna correspondente a resposta a cada item em particular. O mesmo deve escolher somente uma resposta por item. (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997)

A Pontuação dos itens no CSFQ, tem um valor numérico ou indica um peso particular para cada resposta. Por exemplo: item 1, a resposta a “que prazer sente na sua vida sexual” tem um valor numérico de 4. Alguns itens têm respostas que são inversas à pontuação como por exemplo, no item 14 do CSFQ a resposta “nunca” tem um numeral de valor 5 e a resposta “todo dia” tem um valor 1. (CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, 1995); (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997)

Para calcular o total da pontuação do CSFQ, some todos os valores das respostas dos 14 itens. Para calcular a pontuação por subtítulo some os valores somente dos itens correspondentes a cada subtítulo. Para determinar se há presença de disfunção sexual, siga o protocolo de pontuação segundo o sexo do paciente em estudo.. (CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, 1995); (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997)

A pontuação para o CSFQ, na versão clínica feminina deve ser avaliada conforme: se a paciente obtiver uma pontuação igual ou menor que a marcação de pontos de qualquer uma das escalas abaixo é uma indicação de disfunção sexual. Os escores para cada variável do questionário feminino são: para o **Desejo Sexual/Freqüência:** 6.0 (com a somatória do item 2 + item 3), **Desejo Sexual/Interesse:** 9.0 (com a somatória do item 4 + item 5 + item 6), **Prazer Sexual:** 4.0 (item: 1), **Estimulação/Excitação Sexual:**12.0 (com a somatória do item 7 + item 8 + item 9), para o **Orgasmo:** 11.0 (com a somatória do item 11 + item 12 + item 13) e o **Resultado Total do CSFQ:** 41.0 (com a somatória do item 1 + item 14).

Já essa pontuação não se aplica para o CSFQ na versão clínica masculina, que deve ser avaliada da seguinte forma: se o paciente homem obtiver uma pontuação igual ou menor que a marcação de pontos de qualquer uma das escalas abaixo é uma indicação de disfunção sexual. Os escores para cada variável do questionário masculino são: para o **Desejo Sexual/Freqüência:** 8.0 (com a somatória do item 2 + item 3), **Desejo Sexual/Interesse:** 11.0 (com a somatória do item 4 + item 5 + item 6), **Prazer Sexual:** 4.0 (item: 1), **Estimulação/Excitação Sexual:**13.0 (com a somatória do item 7 + item 8 + item 9), para o **Orgasmo:** 13.0 (com a somatória do item 11 + item 12 + item 13) e o **Resultado Total do CSFQ:** 47.0 (com a somatória do item 1 + item 14).(RIBERTO;YAZAKI;SAKAMOTO; BATTISTELLA;2001)

- **Lesão Medular e Sexualidade**, instrumento que contém duas perguntas abertas (ANEXO I), abordando questões da sexualidade: *“Como você descreve sua sexualidade antes da lesão medular e após a lesão? Percebe alterações/ quais?”* e *“Quais são suas expectativas sobre a sexualidade?”*. Dados estes, que foram gravados, com a permissão prévia da respondente, e transcritos posteriormente.

Após transcritos os relatos das mulheres, classificamos e subdividimos as frases quanto as variáveis relacionadas: **alterações da sexualidade**, da **sensibilidade**, na **vida conjugal**, da **libido**, do **orgasmo**, da **lubrificação vaginal**, na **percepção da auto-imagem**, presença de **dor neuropática** e no **período menstrual**; **dúvidas** referentes a sensibilidade, posicionamento, menstruação, métodos contraceptivos, gravidez e orgasmo; **ausência** de alterações da sexualidade pós lesão medular; **a não busca de auxílio de profissionais** para sanar seus questionamentos; **vergonha**; não sabe a quem perguntar; **outras preocupações** que tangenciam a da questão sexual propriamente dita; **outras opções sexuais**; **problemas sexuais do parceiro** (companheiro); **desinteresse** pela sexualidade; descobrimento de **áreas erógenas** sexuais; uso dos **contraceptivos**; **inexperiências sexuais** anteriores; **“medo”** (pela perda de relacionamento, de não poder engravidar, ter filhos, da doença, de não sentir prazer); **situações constrangedoras** em relação a sensibilidade, gravidez, perda de relacionamento, da doença; **expectativa** de vida sexual, **Visão** da vida sexual; **religiosidade** na vida sexual.

3.6.1- Protocolo para utilização de instrumento CSFQ- *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*.

Para este estudo a própria pesquisadora estabeleceu contato, via telefone e e-mail, com o Instituto Mapi Research Trust, na França. Instituto este em que a autora Prof^a Dr^a Anita Clayton (CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, 1995); (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997) é membro integrante. Foram enviados enviado documentações referentes à pesquisa, ao representante do instituto Mapi Research Trust das regiões sul e norte da América e ao Centro de Informações e Pesquisas do Mapi Research Trust, na França, conforme solicitado.

Posteriormente a pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa à autora do instrumento, reforçando a solicitação para utilizar o instrumento CSFQ. A autorização encontra-se em ANEXO F.

3.7 TRIAGEM

Anteriormente à entrevista propriamente dita, foram realizadas duas triagens:

- Triagem 1: foi realizado levantamento de dados no Banco de Dados do Departamento de Medicina Social CPDH do HCFMRP-USP e do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico- SAME do HCFMRP-USP com a finalidade de se conhecer as pacientes vítimas de Trauma Raquimedulares (TRM) atendidas nos hospitais de Ribeirão Preto, no período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004. Foi utilizado o Sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID 10, Décima Revisão, com os CID S140 (concussão e edema de medula cervical), S141 (outros traumatismos da medula cervical), S241 (outros traumatismos da medula torácica), S341 (outro traumatismo da coluna lombar), T093 (traumatismo da medula espinhal), T913 (seqüela de traumatismo da medula espinhal), 120 (fratura da primeira vértebra cervical), S121 (fratura da segunda vértebra cervical), fratura de outras vértebras cervicais), 127 (fraturas múltiplas da coluna cervical), S129 (fratura de pescoço), S220 (fratura de vértebra torácica), S221 (fratura múltiplas da coluna torácica), S320 (fratura da vértebra lombar), S321 (fratura do sacro), S328 (fraturas de outras partes da coluna lombosacra), S19 (traumatismo do pescoço), T08 (fratura da coluna), S32.7 (fraturas múltiplas de coluna lombar), S240 (concussão e edema de medula espinhal torácica), S340. (concussão e edema de medula da medula lombar).

Foram levantados dados de identificação, telefones e endereços de contatos.

- Triagem 2: foi realizada uma busca em prontuários da população para identificação de dados específicos da lesão medular, que atendessem os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

3.8 ENTREVISTA

A entrevista se deu em dois momentos. Ambos ocorreram de maneira tranqüila, sigilosa e somente entre a entrevistada e a pesquisadora.

Segundo **POLIT HUNGLER (1987)**, sua eficácia justifica-se pelo fato de assegurar a confirmação imediata das informações e permitir a observação do entrevistado, o que lhe garante maior profundidade e qualidade dos dados colhidos.

1º contato:

O 1º momento se deu via telefone, na qual a pesquisadora faz apresentação do projeto e seus objetivos de forma simples, facilitando o entendimento da respondente, marcando uma data e horário, para a realização da entrevista na residência da paciente, com o consentimento prévio da mesma.

2º contato:

Depois de marcada a visita à residência das pacientes, a pesquisadora passa a realizar o 2º contato, que corresponde à visita ao domicílio propriamente dita. Neste 2º contato foi explicada novamente, em linguagem clara e acessível, sobre o estudo, seus objetivos e o caráter sigiloso da pesquisa, e, somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (ANEXO G), passaram então a responder, de forma individual, ao questionário. Por tratar-se de um tema bastante controverso e de foro íntimo, optou-se pela aplicação individual, preferencialmente em ambiente familiar, sua residência e sem a identificação dos respondentes. Optamos por identificar as respondentes por pedras preciosas e semi-preciosas. O 2º contato foi subdividido em 2 momentos:

- 1º momento, para obtenção de dados para os objetivos 1,2 e 3 da pesquisa. Utilizou-se o questionário I, que correspondeu à coleta de dados demográficos e clínicos para a caracterização da população (ANEXO H) e o Questionário II(ANEXO I), correspondeu a aplicação e avaliação da capacidade

funcional, com a aplicação da escala MIF. (KAWASAKI,2005.RIBERTO,2001. STINEMAN,1996), aplicada pela pesquisadora.

- o 2º momento, para obtenção dos dados relativos à sexualidade, visando os objetivos 4 e 5 da pesquisa. Utilizou-se o Questionário III, que correspondeu ao preenchimento do questionário *CSFQ-F Changes in Sexual Functioning Questionnaire*, que avalia as mudanças do funcionamento sexual feminino, de forma individual (ANEXO J), preenchido pelo próprio respondente e sem limite de tempo. E o questionário IV, que foi utilizada a técnica de entrevista gravada, com duas questões abertas (ANEXO I), para identificar as principais alterações e percepção sobre a sexualidade, por elas relatadas e posteriormente foram transcritas.

A média de tempo gasto, para realização da entrevista domiciliar, foi em média de 1 (uma) hora por mulher entrevistada.

E foi neste 2º contato, em que a pesquisadora sanou dúvidas, relacionadas à reabilitação sexual, levantadas pelas próprias respondentes.

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados apresentados estão por meio de tabulações das variáveis em estudo, cruzamentos de interesse, com frequências absolutas e relativas.

Comparações entre classes de variáveis foram realizadas por testes não paramétricos adequados, a fim de identificar associações significantes e/ou correlações de interesse, seguindo as indicações de HOLLANDER;WOLFE (1999). Para todas as comparações fixou-se a probabilidade de erro de primeira espécie (alfa) em 5%.

Não há correlação significativa a 5% entre nenhum dos indicadores. O que chegou mais próximo foi MIF x CSFQ com 5,8%. Isto posto, apresentaremos os resultados obtidos em frequência absoluta e relativa.

Toda análise estatística encontra-se detalhada no ANEXO M.

5. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de um estudo específico e peculiar, os dados sócio-demográficos são relevantes, sobretudo por serem mulheres, com deficiência física e por abordar sexualidade. A idade é um destes dados que podem nos auxiliar a compreender o universo da sexualidade em cada fase de vida feminina. No quadro I podemos notar algumas faixas etárias que predominam mais lesões medulares, da faixa dos 18 aos 37 anos com 38% da população em estudo, seguido pela faixa etária dos 38 aos 57 anos com 29%, pela faixa etária dos 58 aos 77 anos com 27% e este índice reduz para 6% entre a faixa etária dos 78 aos 97 anos.

Quadro I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a faixa etária, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

IDADE	L.M.	%
de 18 a 37 anos	20	38
de 38 a 57 anos	15	29
de 58 a 77 anos	12	27
de 78 a 97 anos	4	6
TOTAL	51	100

VENTURIN;DECESARO;MARCON,(2006), através de uma pesquisa em Maringá, Paraná, Brasil, com pacientes com lesão medular, comprovam tais dados, a supremacia de acidentes com lesão medular numa faixa etária altamente produtiva, visto que 50% dos pacientes sofreram o trauma com idade entre 19 e 38 anos, época em que se encontram em busca de realizações pessoais e crescimento profissional e ao mesmo tempo, mais expostos a acidentes provocados por causas externas. O acidente, portanto, interrompe sonhos e expectativas, levando a uma necessidade de reestruturação do contexto pessoal e familiar.

Para que possamos melhor entender as mudanças quanto ao estado civil ocorridas após a lesão, apresentamos a tabela I, onde constatamos que antes da lesão, 41% das mulheres da amostra eram solteiras, 37% casadas e/ou amasiadas, 2% separadas e/ou divorciadas e 20% viúvas.

Após a lesão, verificamos que das 51 mulheres da amostragem de nosso estudo, somente 27% permaneceram solteiras sem qualquer compromisso, 8% apresentaram-se namorando, 43% estão casadas, permanecendo nas mesmas condições as divorciadas com 2% e as viúvas com 20%.

Verifica-se, também, que três mulheres estudadas (correspondendo a 6% total da amostra) se casaram após a lesão, que corresponde a 14% das mulheres que eram solteiras antes da lesão. Além disso, constatamos que outras quatro mulheres que participaram deste estudo (correspondendo 8% do total da amostra) estão namorando após a lesão, conforme indicado na tabela I.

Tabela I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a evolução do Estado Civil e Composição Familiar, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

ANTES DA DEFICIÊNCIA			ATUALMENTE			COMPOSIÇÃO FAMILIAR		
ESTADO CIVIL	Nº	%	ESTADO CIVIL	Nº	%	VIVE COM:	Nº	%
Solteira	22	43	Solteira	15	29	Sozinha	2	3
Casada/Amasiada	19	37	Casada/Amasiada	24	47	Mãe e/ou Pai	19	25
Viúva	9	18	Viúva	9	18	Filhas	16	20
Separada	1	2	Separada	3	6	Companheiro	21	28
						Irmã ou Nora	9	12
						Avó/ Prima/ Tia	9	12
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100	TOTAL	76	100

Gráficos I. – Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a evolução do Estado Civil e Composição Familiar, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Com referência à composição familiar, pesquisadores revelam que é de suma importância o apoio familiar no processo emocional de adaptação à deficiência e um estímulo para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e a reabilitação. É o que constatamos neste estudo, a presença da família na maioria das entrevistadas, tabela I e gráfico I, 28% das mulheres com LM vivem com seus companheiros, 25% com pais, 20% com os filhos, 24% recebem apoio dos avós, tias, irmãs ou nora e 3% vivem sozinhas. O que nos chama a atenção para o grande contingente de cuidadores do sexo feminino que compõe a composição familiar das mulheres com LM. Características estas já comprovadas em estudos de FARO (1995) e FARO (1999).

Tabela II - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a religião e atuação religiosa, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Religião	N°	%	Atuação religiosa	N°	%
Católica	15	29	Praticante	28	55
Evangélica	24	47			
Espírita	9	18			
Testemunha de Jeová	1	2	Não Praticante	23	45
Nenhuma	2	4			
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos II - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a religião e atuação religiosa, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Quanto a variável religião, observamos na tabela II e gráfico II que 55% de mulheres L.M. são praticantes e das quatro religiões que aparecem na pesquisa, destaca-se a evangélica com 47% das mulheres, seguido da católica com 29%, posteriormente a espírita com 18%, testemunha de Jeová com 2% e com nenhuma religião 4% das mulheres.

HENRIQUES(2004), trás a “prática religiosa” como prova do desenvolvimento social. Diz que a independência, além do apoio familiar, da aplicação de técnicas específicas, do desenvolvimento de habilidades, de adaptações a utensílios específicos, depende também de outros fatores importantes para o desenvolvimento de suas atividades, como, fatores psicológicos, sociais, culturais, educacionais, políticos e não menos importante os religiosos.

Etnia	N°	%
Branca	29	57
Negra	13	25
Parda	8	16
Amarela	1	2
TOTAL	51	100

A amostra apresenta uma porcentagem demonstrativa quanto a etnia, 53% são da raça branca, seguido de 47% das demais, 27% da raça negra, 18% da parda e 2% da amarela. Demonstrando ainda ser a etnia “branca” a mais exposta às lesões medulares, dados também obtidos no trabalho com pacientes com lesão medular de NOGUEIRA ; CALIRI.(2006)

Tabela IV-Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a escolaridade, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Escolaridade	N°	%
Analfabeta	5	10
Ensino Fundamental Incompleto	10	
Ensino Fundamental Completo (8 anos)	11	41
Ensino Médio Incompleto	1	
Ensino Médio Completo (3 anos)	10	22
Curso Técnico	3	
Curso Superior Incompleto	4	
Curso Superior Completo (4 a 5 anos)	6	25
Colégio Especial	1	2
TOTAL	51	100

Na tabela IV observa-se a predominância no nível de ensino fundamental, 49%. . Dados estes que também apareceram na pesquisa em Maringá, Paraná, Brasil, realizada por VENTURINI DV; DECESARO M; MARCON SS.(2006), junto a 32 indivíduos com escolaridade, 23 (71,9%) deles tinham o ensino fundamental completo ou incompleto, 6 (18,8%) o ensino médio completo ou incompleto e apenas um (3,1%) o ensino superior incompleto. E o que nos desperta a atenção é a porcentagem de analfabetismo, 9% da população sem estudo, refletindo a escassez de educação da população.

Outro estudo demonstra a predominância da baixa escolaridade, realizado com pacientes de um serviço de reabilitação que identificou, por exemplo, que nenhum dos indivíduos possuía curso universitário, e sim, uma ocupação como fonte de renda, o que denota a baixa escolaridade. (LOUREIRO, FARO, CHAVES 1997).

Tabela V - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a profissão anterior e posterior à lesão medular, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Profissão antes da L.M.	Nº	%	Ocupação Atual	Nº	%
			Aposentada/ Pensionista	15	
			Artesã	2	
Aposentada	5		Estudante	8	
Artesã	1	22	Manicure	2	60
Estudante	8		Empresária	1	
			Digitadora	2	
Auxiliar de Enfermagem	1		Auxiliar de Enfermagem	1	
Desempregada	1		Enfermeira	1	
Policial	1		Desempregada	1	
Fisioterapeuta	1		Policial	1	
Pedagoga/Professora	4	22	Fisioterapeuta	0	20
Psicóloga	1		Professora	2	
Técnica. Radiologia	1		Psicóloga	1	
Enfermeira	1		Técnica Radiologia	1	
			Telefonista e Telemarketing	3	
Do lar	7		Do lar	6	
Doméstica	7	33	Doméstica	2	20
Vendedora	3		Vendedora/ Serviços Gerais	2	
Caixa	1				
Promotora	2	23			
Serviços Gerais	3				
Costureira	3				
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos III - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a profissão anterior e posterior a lesão medular, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Na tabela V e gráficos III, podemos observar mudanças profissionais interessantes e compreensivas, as profissões de maior impacto antes da LM eram profissões ditas como técnicas e operacionais que requer esforço físico, como doméstica, vendedora, do lar, caixa, lavradora, promotora, serviços gerais, e que pós LM observa-se um aumento nas profissões que requerem habilidades manuais, como artesã, digitadora e manicure.

Ainda com relação a este aspecto, VENTURINI;DECESARO;MARCON (2006) chama a atenção o fato de que antes da lesão a maioria deles (81,3%) trabalhava regularmente e contribuía com a renda familiar, não mais podendo fazê-lo.

O estudo realizado por LOUREIRO, FARO, CHAVES (1997) junto a indivíduos de um serviço de reabilitação aponta a questão da impossibilidade para o trabalho como preocupante para os lesados medulares, pois constitui uma necessidade não só de adquirir renda, mas de assumir um papel social como resgate de sua identidade.

Tabela VI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo os dados relacionados aos hábitos de vida, fumar e uso de bebida alcoólica, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Fuma	Nº	%	Bebe bebida alcoólica	Nº	%
Sim	13	25	Sim	31	61
Não	38	75	Não	20	39
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos IV - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo os dados relacionados aos hábitos de vida, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

O hábito de fumar está cada vez menos presente na população brasileira, devido as campanhas de antitabagismo que podemos observar na tabela VI e gráficos IV, 75% não fumam. Fator importantíssimo para a mulher com lesão medular, pois o hábito de fumar associado à lesão medular e ao uso de anticoncepcional pode ocasionar a trombose venosa profunda. Porém podemos evidenciar a necessidade de conscientização quanto ao consumo de bebida alcoólica, pois 61% delas fazem uso de bebidas alcoólicas.

Tabela VII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo grau de lesão, etiologia e nível neurológico da lesão, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Grau da Lesão			Etiologia			Nível Neurológico da Lesão		
	N°	%		N°	%		N°	%
Completo	1	2	Traumática	51	100	Cervical	14	27
Incompleto	50	98	Não traumática	0	0	Torácica	8	16
						Lombar	27	53
						Sacral	2	4
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos V - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo grau de lesão, etiologia e nível neurológico da lesão, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Na tabela VII e gráficos V podemos observar a predominância de 98% de grau incompleto de lesão medular, destas todas selecionadas foram de etiologia

traumática, 100%, e o maior nível neurológico apresentado por o nível lombar 53%, seguido do cervical 27%, torácica 16% e sacral 4%.

Tabela VIII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo causa externa, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Causa Externa	Nº	%
FAF	4	8
FAB	1	2
Acidente automobilístico	16	30
Atropelamento	3	6
Prática de atividades esportivas	3	6
Levantamento de peso	4	8
Quedas	3	6
Mergulho em águas rasas	3	6
Acidente com motocicleta	2	4
Queda da própria altura	8	16
Queda de objeto sobre a cabeça	1	2
Espancamento	3	6
TOTAL	51	100

Gráfico VI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo causa externa, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Das causas externas, vistas na tabela VIII e gráfico VI, chama a atenção o acidente automobilístico com 29% das causas seguido de 12% de queda, em terceiro encontra-se o FAF, levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8% cada. A quarta causa de LM foi mergulho em águas rasas e espancamento. E por último, com 2% cada ferimento por armas brancas, práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça.

VENTURINI;DECESARO;MARCON(2006) confirmam esses dados:

“Com relação às causas do trauma raquimedular, notamos... que o trauma foi provocado por diversos fatores, com predominância dos acidentes automobilísticos, seguidos de queda, mergulho e acidentes com arma de fogo ou branca, os quais são agrupados como sendo de etiologia exógena”.

E traz em seu trabalho realizado em Maringá que mais da metade dos pacientes com LM estudados tiveram como causa externa acidente automobilístico 25% (automóvel) e 18,8% (motocicleta) e relaciona o fato de mais da metade das LMs serem decorrentes de acidentes no trânsito a vários fatores, entre eles a urbanização crescente, que favorece o aumento no fluxo de veículos automobilísticos e por conseguinte, a violência no trânsito. Isto é confirmado quando constatamos que, embora a cidade de Maringá seja considerada de médio porte (303.000 habitantes), existe uma média de um veículo para cada dois habitantes.

Vale ressaltar a prática de esportes radicais como alpinismo, *ratting* (descer corredeiras de bote), *bungee jump*, *rapel*, vôo Livre (Asa Delta), parapente, como causa para lesão medular. Ainda o espancamento, em geral, pelos próprios maridos, causa bastante comum e antiga, porém pouco denunciada. A queda da própria altura é outra causa que nos chama a atenção, 16% das mulheres, e dentre estas mulheres 94% são idosas.

Tabela IX - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo o tempo da lesão medular, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSO, 2006.

Tempo de L.M.	N°	%
1 ano	0	0
2 anos	7	14
3 anos	4	8
4 anos	10	20
5 anos	14	27
6 anos	16	31
TOTAL	51	100

Gráfico VII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo o tempo da lesão medular, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSO, 2006.

Na tabela IX e gráfico IV observamos que a maioria da população em estudo já fazia mais de quatro anos de LM (77%) e apenas 22% abaixo de três anos. O mesmo podemos notar nos estudos de ISHIBASHI;OLIVIERI.;COSTA (2005), que entrevistou 18 pacientes com lesão medular do Ambulatório de Fisioterapia Neurológica da Universidade Norte do Paraná, e Ambulatório de Fisioterapia Neurológica da Universidade Estadual de Londrina evidenciando que em 16,7% dos entrevistados, a lesão ocorreu entre 1 a 3 anos e, em 83,3%, a lesão ocorreu há mais de 3 anos.

Mostrando não estarem mais na fase de choque medular e por poderem apresentar experiências ricas e recentes. Por outro lado, há que se questionar o

vínculo aos escassos programas de reabilitação, sendo o mais comum o atendimento em áreas de especialidade conforme a necessidade clínica da paciente.

Tabela X - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a utilização de anticoncepcional, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Faz uso de anticoncepcional	N°	%
Sim	6	12
Não	45	88
TOTAL	51	100

Gráfico VIII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a utilização de anticoncepcional, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Na tabela X e gráfico VIII podemos observar que 78% das mulheres não utilizam anticoncepcionais. Podemos considerar uma porcentagem otimista, visto não serem favoráveis ao processo de coagulação no aparelho circulatório feminino podendo causar trombose venosa profunda, porém necessita-se de investigar se utilizam outros métodos contraceptivos. Porém, surge à dúvida quanto ao uso de outros métodos contraceptivos, bem como a dúvida sobre o acesso a outros aos métodos contraceptivos em unidades de saúde públicas e privadas. (IKASTOLA 2006).

Destacamos que face às alterações da mobilidade física decorrentes da lesão medular se preconiza outros métodos que não os hormonais.

Em relação ao índice de Massa Corporal-IMC, 17,6% das mulheres apresentaram abaixo de 18,5, já 52,9% apresentaram IMC entre 18,5 a 25, e 29,4% apresentaram igual ou maior que 25%.

Tabela XI - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a, Doenças de Base e/ou alterações do estado de saúde Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

DM / DFM	N°	%	HAS	N°	%	Dislipidemia	N°	%
Apresenta	11	22	Apresenta	16	31	Colesterol/ Trigliceres	11	22
Não apresenta	40	78	Não apresenta	35	69	Não apresenta Dislipidemia	40	78
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos IX - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo a , Doenças de Base e/ou alterações do estado de saúde Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Quanto às doenças de base podemos observar na tabela e gráficos IX que a diabetes, hipertensão arterial, colesterol, triglicérides estão presentes com números consideráveis nesta pesquisa. Ao total de mulheres com LM, 31% apresentam hipertensão, 22% colesterol e ou triglicérides alterados, 11% diabetes. As doenças de base apareceram 75% na população em estudo.

Tabela XII - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as complicações pré-gestacionais ou gestacionais e outras doenças ou complicações, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Complicações pré-gestacionais ou gestacionais			Outras doenças ou complicações		
	N°	%		N°	%
Pré eclâmpsia	2	4	Hormonais (tireóide)	3	6
Aborto	2	4	Talacemia Menor/ Anemia	2	4
Prematuridade	2	4	Câncer de mama	1	2
Sem dilatação - forceps	1	2	Depressão	7	14
Tratamento para gravidez	1	2	Problemas Respiratórios	1	2
Não consegue engravidar	2	4	Síndrome de Pânico	3	6
Útero invertido	1	2	Retardo Mental	1	2
Não apresentam complicações gestacionais	40	78	Osteoporose	5	10
			Anóxia Neonatal	1	2
			Não apresentam outras doenças	27	52
TOTAL	51	100	TOTAL	51	100

Gráficos X - Distribuição das mulheres com lesão medular segundo as complicações pré-gestacionais ou gestacionais e outras doenças ou complicações, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Já as complicações gestacionais ou pré-gestacionais, o aborto foi o de maior prevalência, 6%, segundo de pré-eclâmpsia, não conseguem engravidar e prematuridade 4% cada, e sem dilatação, tratamento para engravidar, útero invertido com 2% cada. As outras doenças citadas a que despertaram a nossa atenção foi a depressão, com 14% seguida de problemas tireoidianos e a síndrome do pânico com 6%, em terceiro a talacemia com 4% e câncer de mama, anoxia neonatal, problemas respiratórios e retardo mental com 2% cada, observados na tabela XII e gráfico X.

Tabela XIII - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação física da MIF, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Avaliação Física		NÍVEL 7		NÍVEL 6		NÍVEL 5		NÍVEL 4		NÍVEL 3		NÍVEL 2		NÍVEL 1		TOTAL	
Atividades da MIF		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTOS-CUIDADOS	A- Alimentação	38	74	5	10	5	10	2	4	1	2					51	100
	B- Higiene Pessoal	39	76	2	4	4	8	3	6	3	6					51	100
	C- Banho (lavar o corpo)	35	68	4	8	5	10	2	4	1	2	3	2	1	2	51	100
	D- Vestir metade superior	32	62	8	16	4	8	3	6	2	4	2	4			51	100
	E- Vestir metade inferior	26	51	12	23	5	10	3	6	3	6	2	4			51	100
	F- Utilização vaso sanitário	37	72	4	8	4	8	3	6	2	4	1	2			51	100
CONTROLE DE ESFÍNCTERES	G- Controle de Urina	30	59	13	25	2	4			1	2	2	4	3	6	51	100
	H- Controle de Fezes	36	70	6	12	3	6			1	2	2	4	3	6	51	100
MOBILIDADE TRANSFERÊNCIAS	I-Leito,cadeira,cadeira rodas	33	64	6	12	5	10	1	2	3	6	2	4	1	2	51	100
	J- Vaso sanitário	33	64	7	12	5	10	1	2	2	4	1	2	2	4	51	100
	K- Banheira, chuveiro	33	64	6	14	6	12	1	2	2	4	1	2	2	4	51	100
LOCOMOÇÃO	L- Marcha	15	30	22	42	5	10			1	2	3	5	5	10	51	100
	M- Cadeira de Rodas	37	72	2	4	2	4	2	4	1	2	1	2	6	12	51	100
	N- Escadas	19	37	18	35	3	6	1	2	1	2	2	4	7	14	51	100

Dependência Modificada		
NÍVEIS	1- Ajuda Total (indivíduo>=0%)	Ajuda
	2- Ajuda Máxima (indivíduo>=25%)	
	3- Ajuda Moderada (indivíduo>=50%)	
	4- Ajuda Mínima (indivíduo>=75%)	
	5- Supervisão	
	6- Independência Modificada (segurança em tempo normal)	Sem Ajuda
	7- Independência completa (ajuda técnica)	

Gráfico XI - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação física da MIF, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006

Quanto à escala MIF, o ideal é que a paciente esteja entre os níveis de independência, que são os níveis 07 e 06. E as atividades que melhor apresentaram independência para as mulheres em estudo, foram: alimentação, higiene pessoal, utilização do vaso sanitário e controle de urina e fezes, todas acima de 80% das mulheres apresentaram escores que atingiram os níveis de independência. Seguida das atividades que apresentaram um escore acima de 70% nos níveis de independência, 6 e 7, foram, banho, vestir metade superior, metade inferior, transferência para leito/cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário, utilização de cadeira de rodas e utilização de escadas. Apenas 54% delas com independência completa ou modificada para a marcha. (SEGAL;DITUNNO;STAAS. 1993).

Entre os níveis de dependência destacam-se as atividades de nível 1 (ajuda total) em primeiro lugar com 36% o item locomoção (marcha, cadeira de rodas, escadas), seguido com 12% o controle de esfinteriano (fezes e urina), e 10%

as transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira e chuveiro). Porém temos que levar em conta a questão de que preenchemos nível 1 para atividades que a mulher entrevistada não conseguia demonstrar no momento, considerando o menor escore, o nível .

Tabela XIV - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação psicológica da MIF, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Avaliação Psicológica Atividades da MIF		NÍVEL 7		NÍVEL 6		NÍVEL 5		NÍVEL 4		NÍVEL 3		NÍVEL 2		NÍVEL 1		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COMUNICAÇÃO	0- Compreensão sonora	36	71	12	24	3	6									51	100
	P- Compreensão visual	36	73	11	20	2	4			1	2	1	2			51	100
	Q- Expressão vocal	45	92	3	4	1				1	2	1	2			51	100
	R- Expressão não vocal	45	90	4	6			1	2			1	2			51	100
COGNIÇÃO SOCIAL	S- Interação Social	35	69	7	15	4	6	1	2	1	2	1	2	2	4	51	100
	T- Resolução de problemas	39	74	3	6	1	2			3	6			5	10	51	100
	U- Memória	45	88	5	10									1	2	51	100

Dependência Modificada		
NÍVEIS	1- Ajuda Total (indivíduo>=0%)	Ajuda
	2- Ajuda Máxima (indivíduo>=25%)	
	3- Ajuda Moderada (indivíduo>=50%)	
	4- Ajuda Mínima (indivíduo>=75%)	
	5- Supervisão	
	6- Independência Modificada (segurança em tempo normal)	Sem Ajuda
	7- Independência completa (ajuda técnica)	

Gráfico XII - Distribuição das mulheres com LM segundo avaliação psicológica da MIF, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Na tabela XIV e gráfico XII, podemos verificar no quesito psicológico e cognitivo das mulheres com lesão medular segundo a escala MIF, que a independência completa do item interação social está com escore baixo, 69%, comprovando as dificuldades para a inclusão social do deficiente. Em seguida, com 71% e 73% independência completa sonora, visual respectivamente, em seguida apenas 74% das mulheres com lesão medular que apresentam independência completa para a resolução de problemas, 88% para memória, 90 e 92%, expressão não vocal e expressão vocal respectivamente.

Destacamos o nível de cognição social (memória, resolução de problemas e interação social) que apresentaram níveis de dependência completa, atingindo 16% da população em estudo.

Tabela XV- Distribuição das respostas e das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo CSFQ, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

PRAZER (QUESTÃO 1)												
PONTOS	1		2		3		4		5		TOTAL	
QUANTIDADE PACIENTE	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	22	43	12	24	4	8	8	15	5	10	51	100

DESEJO / FREQUÊNCIA (QUESTÕES 2 + 3)																		
PONTOS	1		2		4		5		6		7		8		10		TOTAL	
QUANT.PACIENTE	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	1	2	17	33	3	6	1	2	17	33	5	10	5	10	2	4	51	100

DESEJO / INTERESSE (QUESTÕES 4 + 5 + 6)																									
PONTOS		3		4		6		7		8		9		11		12		13		15		TOTAL			
QUANT.PACIENTE		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%		Nº		%	
		19	36	2	4	7	14	3	6	2	4	4	8	2	4	7	14	2	4	3	6	51	100		

ESTIMULAÇÃO / EXCITAÇÃO (QUESTÕES 7 + 8 + 9)												
PONTOS	3		4		6		7		8		9	
QUANTIDADE PACIENTES	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	18	35	1	2	8	16	2	4	4	8	3	6

Cont.														
PONTOS	10		11		12		14		15		19		TOTAL	
QUANTIDADE PACIENTES	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	3	6	1	2	8	15	1	2	1	2	1	2	51	100

ORGASMO / CONCRETIZAÇÃO (QUESTÕES 11 + 12+ 13)												
PONTOS	3		4		5		6		7		8	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
QUANTIDADE PACIENTES	23	44	3	6	1	2	7	14	1	2	1	2

(cont...) ORGASMO / CONCRETIZAÇÃO (QUESTÕES 11 + 12+ 13)												
PONTOS	9		10		12		13		15		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
QUANTIDADE PACIENTES	3	6	1	2	5	10	1	2	5	10	51	100

Na tabela XV podemos verificar a pontuação do instrumento CSFQ na versão clínica feminina, para as pacientes com lesão medular traumática, que obtiveram escores muito baixos em todas as variáveis.

Optamos por identificar as alterações dos escores com a cor **vermelha**, sempre seguindo as recomendações padrões de CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, (1995); CLAYTON; GARVEY; CLAVET (1997), se a mulher com LTME obteve uma pontuação igual ou menor que a marcação de pontos de qualquer uma das escalas abaixo, consideramos uma disfunção sexual.

Os escores para cada variável do questionário feminino na tabela acima foram calculados através das somatórias dos itens indicados pela autora: para o **Desejo Sexual/Freqüência**: 6.0 (com a somatória do item 2 + item 3), **Desejo Sexual/Interesse**: 9.0 (com a somatória do item 4 + item 5 + item 6), **Prazer Sexual**: 4.0 (item: 1), **Estimulação/Excitação Sexual**: 12.0 (com a somatória do item 7 + item 8 + item 9), para o **Orgasmo**: 11.0 (com a somatória do item 11 + item 12 + item 13). (CLAYTON, OWENS, MCGARVEY, 1995); (CLAYTON; GARVEY; CLAVET 1997)

Seguindo todas as recomendações de CLAYTON; GARVEY; CLAVET (1997), podemos identificar através da tabela XV, a porcentagem para a variável prazer, de 90% , que indica que 90% desta população em estudo apresenta um escore abaixo do indicado pelos pesquisadores, conseqüentemente 90% da população apresenta disfunção sexual em relação à variável prazer.

O mesmo ocorre com a variável orgasmo onde apresentou um percentual de 90%, indicando que 90% da população em estudo apresenta disfunção em relação ao orgasmo.

As variáveis desejo sexual/freqüência e o desejo sexual/interesse apresentaram um percentual respectivamente de 76% e 72%, o que significa que 76% desta população apresenta disfunção do desejo/freqüência e 72% disfunção quanto ao interesse sexual.

E a variável excitação apresentou um percentual maior que as outras variáveis, 92%. O que significa que 92% da população das mulheres com lesão medular deste estudo apresentam disfunção quanto à excitação. O que nos leva a

refletir sobre as fases do processo de resposta sexual feminina descrita por DELISA (1992) “*estágio de excitação*”, “*estágio de platô*”, “*estágio de orgasmo e resolução*”, sendo esta variável, a excitação, o primeiro passo para as demais etapas.

Podemos assim ter algumas hipóteses que esteja prejudicando essa fase de excitação, podendo ser o não desencadeamento dos estímulos periféricos, do toque (reflexogênica) ou por estímulos centrais (psicogênica). Essa fase é controlada principalmente pelo sistema nervoso parassimpático através de S₂ à S₄, estando envolvido também o sistema nervoso simpático. Além de que pesquisadores trazem a importância dos estímulos mediados pela visão, audição e olfato, por percepção direta ou através da memória, com participação especial do Sistema Límbico para o desencadeamento desta fase de excitação. (T₁₁ a L₂). MAIOR (1988); DELISA (1992).

Tabela XVI - Resultado das respostas das m LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo CSFQ, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

RESULTADO DO CSFQ TOTAL (QUESTÃO 1 A 14)												
PONTOS	18	19	21	22	26	27	31	33	34	35		
QUANT. PACIENTES	Nº % 11 21	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 4 7	Nº % 2 4	Nº % 1 2	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 1 2	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 2 4

(Cont...) RESULTADO DO CSFQ TOTAL (QUESTÕES 1 A 14)												
PONTOS	36	37	39	40	41	42	43	44	49			
QUANT. PACIENTES	Nº % 1 2	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2

(Cont...) RESULTADO DO CSFQ TOTAL (QUESTÃO 1 A 14)												
PONTOS	53	54	55	56	59	60	63	67	TOTAL			
QUANT. PACIENTES	Nº % 1 2	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 2 4	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 1 2	Nº % 51 100	Nº % 51 100	Nº % 51 100	Nº % 51 100

E ainda relatando o instrumento CSFQ da tabela XVI, podemos observar que o resultado Total do CSFQ da população deste estudo apresentou um escore de 68% abaixo do indicado, levando em consideração o escore mínimo de 41.0 (com a somatória do item 1 + item 14).

Uma porcentagem elevada, o que indica a necessidade de um acompanhamento mais próximo destas pacientes no que se refere o processo de reabilitação e principalmente no que se refere ao processo de reabilitação da sexualidade propriamente dito, da paciente do sexo feminino com lesão medular. E o que nos leva a refletir sobre o processo de reabilitação, estando muitas vezes incoerente no princípio básico que qualquer reabilitação, a visão holística. Levando em consideração todos os aspectos humanos, psicológicos, físicos, sociais, econômicos, religiosos, educacionais, familiares, ocupacionais, culturais e no aspecto sexual, estando este último em estado de emergência, pois á décadas, foi considerado inconscientemente pelos profissionais de saúde, como algo secundário no processo de reabilitação, estando este assunto no momento obsoleto, desatualizado, necessitando de cuidados intensivos e revolucionários no âmbito de pesquisas e conscientização para profissionais de saúde, de seus pacientes e da população em geral.

Quanto ao Instrumento **IV - Lesão Medular e Sexualidade**, instrumento que contém duas perguntas abertas (ANEXO G), abordando duas questões sobre sexualidade: *“Como você descreve sua sexualidade antes da lesão medular e após a lesão? Percebe alterações/ quais?”* e *“Quais são suas expectativas sobre a sexualidade?”*. Dados estes, que após gravados, com permissão prévia da respondente, e transcritos surgiram relatos riquíssimos, únicos e exclusivos, que para a melhor leitura classificamos nas diferentes variáveis que surgiram relacionadas a sexualidade, trazidas pelas próprias mulheres com lesão medular.

Gráfico XIII - Resultado das respostas das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo Instrumento IV, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

No gráfico XIII, observamos os relatos das mulheres com lesão medular obtidas através do instrumento IV e a frequência que apareceram nos diferentes

relatos, entre estas, surgiram comentários sobre alterações da sexualidade, da sensibilidade, na vida conjugal, da libido, do orgasmo, da lubrificação vaginal, na percepção da auto-imagem, presença de dor neuropática e no período menstrual; dúvidas referentes à sensibilidade, posicionamento, menstruação, métodos contraceptivos, gravidez e orgasmo; ausência de alterações da sexualidade pós-lesão medular; a não busca de auxílio de profissionais para sanar seus questionamentos; vergonha; não sabe a quem perguntar: outras preocupações que tangenciam a questão sexual propriamente dita; outras opções sexuais; problemas sexuais do parceiro (companheiro); desinteresse pela sexualidade; descobrimento de áreas erógenas sexuais; uso dos contraceptivos; experiências sexuais anteriores; “medo” (pela perda de relacionamento, de não poder engravidar, ter filhos, da doença, de não sentir prazer); situações constrangedoras em relação a sensibilidade, gravidez, perda de relacionamento, da doença; expectativa de vida sexual, Visão da vida sexual; religiosidade na vida sexual.

Foram relatadas alterações sexuais, tais como, alteração da sensibilidade, na vida conjugal, da libido, do orgasmo, da lubrificação vaginal, na percepção da auto-imagem, presença de dor neuropática e alteração no período menstrual. Considerando a riqueza dos depoimentos, optamos por apresentá-los agrupados conforme apontados em gráfico.

- alteração da sensibilidade:

Coralina Vermelho (P1)

“Antes eu sentia e agora não sinto mais as partes baixas”.

Berilo (P9):

“Agente ainda faz o sexo, mas eu não sinto as pernas, não faço os movimentos... Fico deitada com as pernas para cima. Antes quando tinha movimentos, eu me sentava em cima dele... fazia mesmo bagunça. Hoje em dia não”.

Cristal De Rocha (P15):

“Não tinha tato para nada. Estava sem graça. Muita coisa mudou”.

“Agora eu não quero mais não, (sexo) eu tenho medo por causa da doença”.

Esmeralda (P17):

“Não sinto nada”.

“Nadinha”.

“Já tentamos, mas não sinto nada”.

Heliotrópio (P20):

“O que mudou é que tem algumas partes que eu não sinto direito, parece que está anestesiado”.

“Espero que volte a sentir como antes”.

Opala (P30):

“Não sinto nadinha, nem quando faço o número 1 e o número 2”.

Sardo (P42):

“Ah! Eu acho que o que mudou foi que eu não sinto como antes....Parece que antes de eu cair eu tinha mais prazer”.

- alteração na vida conjugal:

Ágata Amarela (P2):

“... mudou em relação ao relacionamento sexual. Não posso fazer nada normal, né. Como as mulheres fazem... E aí não segura ninguém. Como aconteceu comigo...”.

“Eu sei que ainda sou muito mulher. Dentro de certas atividades sou capaz de fazer muita coisa,... só nessa partizinha é que mudou...”.

Âmbar (P6):

“Depois da lesão eu perdi a vontade, antes mesmo. Só fazia para meu marido não ir para rua. Agora não faço mais”.

Beryl (P10):

“Eu ainda não pensei sobre isso não. O que eu penso é como será depois? O que eu penso é isso. Como será? Se vai ter? Eu ainda não pensei nisso profundamente ... É como se esse assunto nem existisse... ”.

“Nem conversamos sobre o assunto... Eu nem procuro pensar. Eu queria..., se eu voltar a mesma vida que eu tinha antes com meu marido, nossa vida sexual de antes....”

Esmeralda (P17):

“Sei que ele me trai, pelo menos eu acho que me trai”.

“E, isso dói”.

Jasper (P24):

“Eu queria ter um amante de verdade, mas só tenho um amigo”.

Quartzo Azul (P35):

“Já sofri muito com meu marido. Criei todos os filhos dele.. ”..

“Ele me traiu. Sempre me traiu. Ele queria trazer a amante. Se amanhã meu marido fechar os olhos primeiro que eu, eu não pego ninguém”.

“No começo eu tinha um pouco, sentia falta, ele saia muito, era muito farrista, de madrugada, era muito mulherengo. Perdi o interesse. Dormimos em camas separadas. Somos amiguinhos”.

- Alteração da libido:

Ágata Vermelha (P3):

“Nunca mais tive sexo depois de 94... perdi o interesse. Não sinto mais aquele fervor... ”.

Alexandrita (P5):

“Não tive namorado, depois da lesão, né... Então não sei o que mudou”.

Âmbar (P6):

“Não tive mais emoção”.

Ametista (P7):

“Depois da lesão, eu acredito que muda muita coisa... Principalmente para uma pessoa que está em tratamento como estou. Não estou com cabeça para pensar no dia que acontecer alguma coisa...”

“Eu não quero me machucar... É muito difícil”.

Berilo (P9):

“Sobre sexo, mudou muito. Porque só de pensar o que agente tinha antes...”

“E depois da lesão, ele faz tudo comigo. Ele me beija toda... Eu não sinto daqui para abaixo (apontou da cintura para baixo). Então não me dá aquela sensação como antes. Mas ainda tem alguma coisa, muito pouco”.

Calcedônia (P11):

“A minha alteração foi de não sentir vontade. Tinha mais sono”.

“Fiquei mais irritada. Tinha raiva na hora que me acordava. E antes não era sim. E meu marido me perguntava o tempo todo, porque eu não queria. Ele me procurava e eu não queria... Era por falta de interesse”.

- alteração do orgasmo:**Berilo (P9):**

“Eu fico pouco excitada. Às vezes eu falo, eu não gozei não, e ele às vezes ele diz”, gozou sim”, ... Eu sinto muito pouco, nunca sei quando gozo.”

- alteração da lubrificação vaginal:**Jasper (P24):**

“Sou muito ressecada, e quando de vez em nunca meu marido vem me procurar, sinto dor”.

“O meu marido não me procura mais, acho que ele já enjoou de mim e eu deixei assim”.

“Mas, eu tento não me culpar”.

Ônix (P29):

“Eu estou muito seca e às vezes dói”.

Topázio Azul (P45):

“A única Coisa que percebi que mudou foi a lubrificação”.

- alteração na percepção da auto-imagem:

Ágata Amarela (P2):

“O que mudou foi o interesse pelos meninos... Não é a mesma coisa. Sempre vem na cabeça,... aquela impossibilidade, né...Acho que ficaria com medo de uma situação mais constrangedora. É isso mesmo”.

“Porque não sou mais uma pessoa normal, né...Em relação ao relacionamento sexual, não posso fazer nada normal, né. Como as mulheres fazem...”

Cornalina (P13):

“Depois de tudo isso que aconteceu comigo, já passou tanta coisa pela minha cabeça. Porque eu sempre gostei de criança, principalmente esse noivo meu.... ”.

“Estou ainda matutando na minha cabeça o que é que uma deficiente faz num relacionamento. Porque eu não sinto nada daqui para baixo. (indicou da cintura para baixo). Não vou sentir mais nada?”.

“Eu estou me sentido menos atraente”.

Cristal De Rocha (P15):

“Acho que não sou a mesma pessoa que eu era antes (chorando) ”.

“Eu não sou a mesma, não. Muita coisa mudou. Não sou mais atraente. Eu não. Não tenho mais prazer em nada, não me cuido como antes”.

“E agora estou sozinha”.

Rubi (P40):

“O que mudou foi mais eu mesma. Eu acho que sou insegura e acho que não sou como antes”.

“Eu só queria um namorado que me amasse e me desse muito carinho”.

- presença de dor neuropática:

Diamante (P16):

“Depois do acidente, acho que sinto uns choques nas pernas e tem noites que sinto muitas dores e isso me desanima”.

“Espero que acabe essas dores né? Porque isso inibe um pouco. A dor tira o tesão.”

Iolita (P21):

“O que me incomoda é eu mancar, não posso pegar peso e também na cama não posso fazer algumas posições, porque dói”.

“Espero que passe estas dores”.

Jade (P23):

“Sou outra pessoa. Fiz cirurgia em Marabá-Pará da hérnia e fiquei assim”.

“Nunca mais fiz mais nada. Sinto dores, repuxa minhas pernas, sinto choque, então achei melhor não fazer mais nada”.

- alteração no período menstrual:

Âmbar (P6):

“Não tive mais emoção, desde quando eu não menstruei mais”.

Aventurina (P8):

“Eu parei de menstruar e até hoje não menstruei mais”.

“Eu não me cuido como antes (chorando), cortei meu cabelo, ... agente se sente triste... ”.

“Outra coisa que mudou foi o ressecamento. Fui procurar um ginecologista,... porque me fere muito, fere minha vagina”.

Quartzo Azul (P35):

“Antes da lesão, já tem uns 6 a 7 anos, que não penso nisso. A “chuva” não vem mais. Sabe como é né?... , nem penso nisso

Durante as entrevistas, talvez por não terem tido oportunidades de estarem perguntando para profissionais especializados na temática sexualidade e lesão medular, as mulheres entrevistadas levantavam várias dúvidas referentes à alteração da sensibilidade, do posicionamento, menstruação, métodos anticonceptivos e gravidez, orgasmo:

- dúvida da alteração da sensibilidade:

Coralina Vermelho (P1) *“Porque que é que antes eu sentia e agora eu não sinto mais as partes baixas...? sempre tive esta dúvida”.*

Ágata Vermelha (P3):

“Não vou sentir mais nada? ”.

Beryl (P10):

“Será que vou ter ainda vida sexual? ”.

“Será que vou ainda sentir? ”.

Cornalina (P13):

“...fico pensando. Ai meu Deus, será que eu vou ficar assim. Não vou sentir mais nada? ”.

- dúvida sobre posicionamento:

Ágata Amarela (P2):

“A dúvida que tenho é sobre posicionamento”.

Beryl (P10):

E na hora do sexo, como é que vai ser. Como vai ser as posições?

“De vez em quando vem essas perguntas. Mas eu procuro nem ficar pensando”.

“E como eu vou enfrentar isso? ”.

Tanzanita (P44):

“Dependendo da posição que eu fico eu sinto umas repuxadas”.

- dúvida sobre menstruação/ métodos contraceptivos/ gravidez:

Ágata Amarela (P2):

“Eu tinha muitas dúvidas sobre aqueles métodos (contraceptivos). Se dá certo? Se não dá certo? ”.

Aventurina (P8):

“Eu parei de menstruar e até hoje não menstruei mais. Porquê?”.

Calcedônia (P11):

“Minha maior dúvida é se eu posso engravidar com esse problema”.

Cornalina (P13):

“Não vou engravidar mais? ”.

Cristal De Rocha (P15):

“Uma dúvida que eu tive é que se eu poderia engravidar”.

Beryl (P10):

“Será que vou engravidar? ”.

- dúvida sobre orgasmo:**Âmbar (P6):**

“Minha dúvida é se faz mal para mim ficar tentando (sexo), porque ele não atinge mais o orgasmo”.

Berilo (P9):

“As mulheres que tiram os ovários continuam sentindo prazer? Elas tem possibilidade de chegar ao orgasmo? Sente alguma coisa? ”.

Beryl (P10):

“Vou voltar à mesma vida que eu tinha antes com meu marido? Nossa vida sexual de antes?.... Essa é a minha maior dúvida ”.

Cornalina (P13):

“Vou sentir prazer? ”.

“Ele já chegou a me perguntar se ser do mesmo jeito... Eu disse: “eu não sei não”.

- não relataram dúvidas:**Citrino (P12):**

“Não tenho dúvidas porque a minha situação, o meu relacionamento, acho que está muito bom como está. Eu sou muito calma, estou muito bem Graças a Deus”.

Granada (P19):

“Olha para te falar a verdade eu acho que nem sei o que é orgasmo”.

“Acho que nunca tive”.

“Não sei te falar se já tive orgasmo”.

“Quero sentir orgasmo alguma vez na vida”.

- não observaram quaisquer alterações quanto sua sexualidade pós lesão medular:

Pedra Da Lua (P32):

“Não”.

Pérola (P34):

“Não. Não tive alteração nenhuma. Eu até ando de moto normalmente”.

“Se tudo o que acontecer com a gente, a gente ficar com medo, como fica a vida?”.

“A minha filha que ficou com medo, com trauma”.

“Ainda tenho relacionamento sexual, que varia muito, duas vezes por semana”.

Zircônia (P50):

“Não, tudo permanece constante”.

Periodoto (P33):

“não”.

Observam-se relatos importantes da população em estudo, que podem explicar essa predominância da **não busca de auxílio** para sanar seus questionamentos. Constatamos em seus relatos, que os principais motivos para não buscarem auxílio foram por vergonha e por não saberem a quem perguntar, guardando suas dúvidas.

- vergonha:

Coralina Vermelho (P1):

“morro de vergonha”.

Ágata Vermelha (P3):

“sempre tive vergonha de perguntar”.

Beryl (P10):

“nunca procurei ninguém não. Foi só para você. É a 1ª vez que falo. Tenho vergonha de perguntar”.

Citrino (P12):

“Em relação a sexo eu nem quero saber, porque tenho muito nojo e vergonha. Então eu não pergunto não”.

- não sabe a quem perguntar:

Ágata Amarela (P2):

“Eu guardo tudo para mim. Resolvo tudo sozinha, da minha maneira”.

Âmbar (P6):

“não sei para quem perguntar”.

Ametista (P7):

“nunca perguntei nada a ninguém”.

Calcedônia (P11):

“nunca procurei, porque nunca encontrei disponibilidade de profissionais”.

Cornalina (P13):

“guardo minhas dúvidas”.

Jacint (P22):

“Eu só tive medo”.

“Não sabia se eu podia fazer alguma coisa”.

“Ninguém tocou no assunto comigo”.

Surgiram **outros tipos de preocupações** relatadas pelas portadoras de lesão medular, que tangenciam a questão sexual propriamente dita. Se preocupando

com sua residência, afazeres domésticos, aceitação quanto a opção sexual, mortes de entes queridos durante causas externas:

- outras preocupações:

Água Marinha (P4):

“Não mudou nada não. A não ser a respeito da minha casa, minhas coisas, meus afazeres...”

Citrino (P12):

“O que mais me preocupa é minha casa, meu trabalho, minha casinha própria”.

Espinélio (P18):

“Eu gosto e sempre gostei”.

“Não mudou nada”.

“Eu tenho que perguntar ao meu marido, se mudou alguma coisa”.

Ouro (P31):

“No dia do acidente, a gota foi a morte de uma irmã minha.”

Quartzo Róseo (P38):

“Não é a mesma coisa. A região vaginal (a abertura) não tem a mesma rigidez, ...abri e fechar ...não é a mesma coisa. E, depois com o nascimento do bebê, fiquei sem tempo para nós”.

- diferentes opções sexuais (homossexualismo):

Safira (P1):

“Antes era bom... eu sentia o sexo..., sentia prazer, ia a bailes,... dançava muito,... esfregando para lá e para cá... Depois da cirurgia morreu tudo... acabou tudo. Isso acaba com agente. É muito difícil. A gente não é a mesma. Fiquei com problema no braço e abandonei, desisti do tratamento do braço”.

Jacinth (P22):

“Sou homossexual e quero que minha avó aceite isso normalmente”.

Olho De Falcão (P26):

“Eu acho que tenho mais vontade do que antes... Eu não era assim... Hoje eu tenho que ter uma namorada. Não fico sem namorar nenhum dia. Quando fico, eu fico nervosa, irritada”.

“Emagrecer para ficar mais bonita e nunca ficar sozinha, sempre com uma namorada”.

“Se aparecesse uma pessoa ideal, mesmo, eu aceitaria... Os “veios” não querem, mas as “veias”....querem as novas....

A mama me bloqueia... se formos ter um momento mais íntimo.... é tudo desagradável, até para exames. Aconteceu tudo ao mesmo tempo, a lesão, o câncer de mama, a fratura do fêmur, e depois de tudo isso não sou mais a mesma”.

- problemas sexuais do parceiro (companheiro):**Lazuli (P25):**

“Eu não tinha nenhum problema, ele que tinha. Não tivemos filhos porque ele era estéril”.

“Tentei engravidar. Mas não conseguia nunca e ele me culpava, mas sei que quem não podia ter filho era ele”.

Quartzo Olho-De-Gato (P37):

“Desde 93 que meu marido faleceu, que nem me lembro o que é isso aí. Acho que nunca gostei. Meu marido era impotente e estéril e não tivemos e nem filho”.

Quartzo Róseo (P38):

“Mas, não depende só de mim, eu não sei o que ele tem, se ele tem estresse, depressão, se estuda demais, só sei que ele me procura apenas uma vez por mês. Eu já conversei com ele, mas acho que tenho de falar de novo, mais abertamente”.

“Comecei a cobrar atitudes. Ele tem ejaculação precoce. Meu próprio interesse diminuiu. Eu acho que a vida de casado é tudo correria, que vai ficando para depois, e, vai deixando de lado”.

“Eu vou procurar ajuda de um genicologista, eu preciso saber”.

“Eu sendo a mulher, eu mesma vou ter que ajudar ele. Traição eu nem penso... Isso nem vem na minha cabeça”.

**Fonte: Organização Panamericana de Saúde (OPS); Organização Mundial da saúde (OMS).
Promoción de lá Salud Sexual. 22 maio. Guatemala. 2000**

Procedendo as considerações relatadas pelas pacientes durante a entrevista, evidenciamos o desinteresse pela sexualidade.

- desinteresse pela sexualidade:

Coralina Vermelho (P1)

“Depois da lesão nunca passou pela cabeça... nunca..., pensei em nada”.

Ágata Vermelha (P3):

“Nunca mais tive sexo depois de 94... perdi o interesse. Não sinto mais aquele fervor...”.

Âmbar (P6):

“Eu não tive mais emoção Depois da lesão eu perdi a vontade, antes mesmo”.

“Depois da lesão até tentei uma vez, mas não deu certo, não sei porque, mas eu não consegui. Ele também não queria nada... Eu também não insistia, porque agora não sinto nada”.

Ametista (P7):

“não estou com cabeça para pensar no dia que acontecer alguma coisa... Eu não quero me machucar... É muito difícil”.

Evidenciamos nos relatos o descobrimento de áreas erógenas sexuais das pacientes com lesão medular traumática.

- áreas erógenas sexuais:**Aventurina (P8):**

“Foi com esse meu marido, que eu conheci o sexo. Ele me dava carinho de mais... O carinho ele me dava... ele me beijava toda,...., pegava nos meus seios ..., me chupava mesmo o seio, me beijava muito, toda parte do meu corpo. Aquilo me dava, eu sentia vontade de fazer tudo com ele. Não só a penetração, mas o carinho. E foi com ele que descobri o sexo, com sinceridade.”

“E depois da lesão, ele faz tudo isso comigo”.

“Eu não sinto daqui para abaixo, então não me dá aquela sensação como antes. Mas ainda tem alguma coisa, muito pouco, mas tem”.

“Quando ele me beija a orelha, o pescoço eu sinto um negócio ainda, mas é pouco... Ele pega meus seios, morde, me beija toda... Agente ainda tem relações, mas é pouco, o máximo que agente tem é 3 ou 4 vezes no mês, uma vez na semana...”

“Eu sinto muito pouco, não sei nunca quando gozo”.

Citrino (P12):

“Eu tinha muito nojo daquilo. E isso fez com que eu tomasse nojo do negócio. Antes mesmo da lesão eu já não tinha mais”.

Pela análise dos dados obtidos, observamos pelos relatos, a razão pela qual o **uso dos contraceptivos** corresponde a uma porcentagem pequena da amostra. Constatamos que os principais motivos pelo não uso destes, comentados pelas mulheres em estudo foram devido “não necessitar” e desconhecimento.

-relatam “não necessitarem”:

Ágata Amarela (P2):

“Nunca tive necessidade. Eu não conhecia e não sabia como usar”.

Âmbar (P6):

“Nunca precisei, porque não tinha doença”.

Ametista (P7):

“Porque nunca houve motivo”.

Aventurina (P8):

“Porque operej”.

Beryl (P10):

“Acho que não preciso, Não. Nunca senti nada. Sempre fiz preventivo. E nunca evitei filhos. Nunca tive parceiro diferente. E esse último é novo, e eu sabia que ele não tinha nada”.

Calcedônia (P11):

“porque sempre confiei”.

Cristal De Rocha (P15):

“Conheço, mas nunca precisei”.

- desconhecimento:

Ágata Vermelha (P3):

“Nunca usei, porque tinha medo e não conhecia nada disso. Nunca evitei filhos. Tive 15 filhos”.

Citrino (P12):

“Não sei e nunca aprendi”.

- experiências sexuais anteriores:

Olho De Tigre (P28):

“Nunca tive um homem na minha vida, e hoje não sinto falta”.

“Sou virgem e tenho vergonha disso. Não falo para ninguém”.

“Tenho medo quando aparecer, ou se é que vai aparecer”.

Zircão (P49):

“Nunca tive nada com ninguém...”

“Não sei”.

Procedendo à análise dos relatos, observamos que as pacientes apresentam o termo “**medo**” em seus comentários, principalmente no que diz respeito a perda de relacionamento, medo de não poder engravidar, ter filhos, da doença, de não sentir prazer e de situações constrangedoras.

- situação constrangedora:

Alexandrita (P5):

“Acho que ficaria com medo de uma situação mais constrangedora. É isso mesmo”.

- medo relacionado a sensibilidade:

Cornalina (P13):

“... fico pensando. Ai meu Deus, será que eu vou ficar assim. Não vou sentir mais nada?”.

- medo relacionado a gravidez:

Ametista (P7):

“... tenho muitos medos: tenho medo de não engravidar mais; de eu não sentir mais prazer. Eu tenho medo!”.

“Para o futuro, tenho medo de gravidez”.

- medo relacionado a perda de relacionamento:

Ametista (P7):

“Sei que vai conhecer moças novas que dão mais coisas boas que eu.... Meu maior medo é de perder ele!! Porque ele é novo! Eu sou... eu tenho medo ... de não dar mais prazer”.

- medo da “doença”, deficiência:

Cristal De Rocha (P15):

“Agora eu não quero mais não (sexo). Eu tenho medo por causa da doença”.

Cristal De Rocha (P15):

“Teve uma vez que nós tentamos fazer sexo, mais não deu não. Fiquei com medo e disse, não. E não deu certo. Ele perguntou, o que tinha de errado. Eu disse que não sentia nadinha. Ele falou que estava diferente. Estava “frio”. Disse que estava muito diferente”.

“Depois desta tentativa, nunca mais”.

A segunda pergunta do questionário IV-*“Quais são suas expectativas sobre a sexualidade?”*, trouxe alguns relatos interessantes tais como:

- expectativa de vida sexual:

Lazuli (P25):

“Não tenho nenhuma expectativa”. “Já disse: estou velha demais”.

Olho De Falcão (P26):

“Emagrecer para ficar mais bonita e nunca ficar sozinha, sempre com uma namorada”.

Ônix (P29):

“Não sei o que dizer”.

Opala (P30):

“Já nem tenho”.(risos)

Quartzo Dourado (P36):

“Todo mundo deve fazer até que se tenha saúde, até o resto da vida”.

Quartzo Olho-De-Gato (P37):

"Ichi, minha filha, só na televisão mesmo! Ah! Ah! Ah! "

Rodocrosita (P39):

"Não penso nisso, minha filha".

"Nem sei, também".

Coralina Vermelho (P1):

"Acho que nunca mais vou ter nada com ninguém".

Água Marinha (P4):

"Não penso nisso".

Zircônia (P50):

"Boa".

Tanzanita (P44):

"Tomara que eu consiga engravidar... (risos...)".

Turmalina (P47):

"Não penso nisso faz anos... desde que meu véinho morreu".

"Já foi né fia... Nem penso nisso mesmo".

Topázio Imperial (P46):

"Ichi, Só fico na lembrança... nem sei mais o que é isso".

"Mas tenho uma prima que tem um namorado mais novo que ela. Não acho errado ter namorado. É que não penso nisso mesmo".

- visão positiva da vida sexual:

Olho De Falcão (P26):

“Eu acho que tenho mais vontade do que antes... Eu não era assim... Hoje eu tenho que ter uma namorada. Não fico sem namorar nenhum dia. Quando fico, eu fico nervosa, irritada”.

Olho De Gato (P27):

“Eu acho que melhorou!”.

“Acho que depois que eu passei, depois de todo sofrimento, medo..., agora eu tenho que aproveitar... e, é isso que estou fazendo”.

“E, hoje eu falo que sou melhor que antes do acidente”.

Pérola (P34):

“Ainda tenho relacionamento sexual, que varia muito, duas vezes por semana”.

“Penso que sou contaminada..é de sangue..., meu pai morreu com 89 anos e com 80 anos ele ainda atacava.(risos) Eu acho que vou ser assim também. É que tem dia que estamos bem e outros não, depende muito do dia”.

“Não mudou nada não”.

Quartzo Dourado (P36):

“Eu era mais calma (antes do acidente). Agora tenho o sangue de três pessoas e agora tenho mais vontade de fazer sexo do que antes”.

“Um fuça o outro”.

“Depois do acidente eu sou outra, virei outra, e isso é bom”.

“Todo mundo deve fazer até que se tenha saúde, até o resto da vida”.

Topázio Azul (P45):

“A única Coisa que percebi que mudou foi a lubrificação.”

“Mas, procurei ajuda profissional e estou fazendo reposição hormonal, o que está me ajudando muito”.

“Espero que continue” (risadas)

Turquesa (P48):

“Eu tenho um marido maravilhoso. Teve um período que tive que contar com todo apoio”.

“Eu tenho esperanças que isso continue”.

Sodalita (P43):

“Melhorou... (risos)... porque antes eu estava sozinha e agora estou com o Sérgio”.

“Que melhore cada vez mais”.

- religiosidade:

Ouro (P31):

“Não penso em ter ninguém, a não ser que ele morra”.

“Na minha cabeça e na minha religião eu estaria fazendo adultério”.

O relato seguinte nos chamou atenção pelo fato desta mulher apresentar várias complicações que interferem direta ou indiretamente na sexualidade, como dores neuropáticas, movimentação, baixa auto-estima, desinteresse, problemas conjugais, problemas de infertilidade, espancamento pelo companheiro, incapacidades diversas, doenças psiquiátricas, timidez e refere nem pensar e nem querer sexo:

Caciterita (P51):

“Depois do acidente a gente não é mais o que era, né Paula, a gente muda. Pelo motivo das dores, dores fortes, movimentações e trabalho. Tudo mudou, entrar dentro do veículo ... em tudo... Eu sou imprestável. Eu tento, mas não consigo. Quatro anos antes, eu estava separada, ele não era normal, eu tinha prazeres sexuais, já ele não conseguia ejacular, e, isso foi me deixando mal... eu pedia para ele ir ao médico, mas ele não ia. Ele é 6 anos mais velho... ele me culpava por ele não ter prazer e eu seguia aquele regime de família... porque se você procura alguém, você é sem vergonha... Seguia esse regime e falava: você me deixa a ver navios a passar. Tenho problemas de fertilidade, demorei 12 anos para engravidar,

e, depois da lesão, ... ichi!!!1....., o desinteresse aumentou, e depois da síndrome do pânico, nem pensar em ver homem na minha frente. E, tudo na minha vida teve relação com o acidente. O Motorista me olhou com ódio !!! E, até hoje não gosto de ver homens. Eu disse no dia do acidente: me socorre por favor, ... você quebrou a minha coluna. Ele disse: “Socorre essa vadia”. E o rapaz do seguro disse: “essa vagabunda fica ligando e pedindo remédios”, “ fiquei 40 dias de repouso absoluto, fiquei afastada pelo INSS, 2 anos e oito meses e depois aposentei por invalidez”.

“Ele não me deixava depilar, etc, e, hoje eu faço tudo isso e isso é a minha felicidade maior. Ele era como um Deus para mim. Hoje não temos mais contato e nem quero, ele era agressivo, batia na minha família, bebia, etc...”.

“Sinto-me feliz por estar sozinha. Tenho minha filha e meus serviços de casa. Me sinto feliz, nem me lembro de sexo, Nem me lembro de homens e nem quero”.

Já a **Crisoprácio (P14)**, participou de um programa de reabilitação para pacientes com lesão medular e de grupos de “Reabilitação e Orientação Sexual Feminino, exemplificando o que é ser uma mulher com lesão medular traumática reabilitada:

Crisoprácio (P14):

“Hoje, essa fase para mim é minha reabilitação. Esclarecida eu estou. Agora somente quando se efetivar é que aquelas perguntas que tive, vou lembrar. Aí vou saber se vai ser isso ou vai ser aquilo”.

“Sei que posso ter filhos, sei que posso ter uma vida normal sexual”.

“É claro que é como a psicóloga (responsável pelo GOS feminino do Hospital Sarah São Luis) disse, todo mundo acha que o orgasmo feminino depende da penetração, E não é assim. Existem outras formas de prazer, de você chegar ao prazer sem precisar da penetração. Às vezes na penetração você pode até não estar sentido nada. É só um ato mecânico”.

“Então meu objetivo agora não é um relacionamento e sim minha reabilitação e me auto conhecer como lesado medular. Porque não adianta eu passar para um relacionamento sem me conhecer”.

“Engravidar, eu sei que eu posso. Claro, eu sei que eu vou ter que ter alguns cuidados a mais que agente não tinha se tivesse normal, bem”.

“A parte sexual feminina, não sou leiga. Já sei a parte mais geral, o que o resto do pessoal desconhece aqui.

Então eu sei como funciona, como que prossegue e sei como vai agir meu corpo daqui para frente”.

“Agora, no momento assim, todas as questões foram esclarecidas. Tanto pela parte da enfermeira (anteriormente responsável pelo GOS feminino), do GOS, quanto da parte psicológica abordada pela psicóloga. Foram passadas mulheres que tiveram filhos normalmente. Que seguem uma vida normal, É claro que tem algumas dificuldades que você vai ter que encarar no início. É claro que algumas coisas você vai precisar da ajuda de alguém, mas vai ser o mínimo”.

“Eu quero ter filhos. Sempre desejei, ter filhos. Não sei se minha função orgânica permite, independente da lesão... Mas mesmo que eu não consiga por vias naturais. A opção de adoção é tranqüila. Penso em ter filhos, por um modo ou pelo outro”.

6. CONCLUSÕES:

Podemos notar que a fase etária que predomina mais o ocasionamento de lesões medulares é dos 18 aos 37 anos com 38%, Após a lesão, verificamos que das 51 mulheres da amostragem de nosso estudo, somente 27% permaneceram solteiras sem qualquer compromisso, 8% apresentaram-se namorando, 43% estão casadas, permanecendo nas mesmas condições as divorciadas com 2% e as viúvas com 20%. Quanto a composição familiar, 28% das mulheres com LM vivem com seus companheiros, 25% com pais, 20% com os filhas, 24% recebem apoio dos avós, tias, irmãs ou nora e 3% vivem sozinhas. O que nos chama a atenção para o grande contingente de cuidadores do sexo feminino que compõe a composição familiar das mulheres com LM. Quanto a religião, 55% de mulheres L.M. são praticantes e das quatro religiões que aparecem na pesquisa, destaca-se a evangélica com 47% das mulheres. A amostra apresenta uma porcentagem demonstrativa quanto a etnia, 53% são da raça branca. Quanto a escolaridade, observa-se um maior n° de escolaridade no nível de ensino fundamental, 49%. E o que nos chama a atenção é a porcentagem de analfabetismo, 9% da população em estudo, refletindo a escassez de educação da população. Quanto a ocupação, observamos mudanças profissionais interessantes e compreensivas, as profissões de maior impacto antes da LM eram profissões ditas como operacionais que requer esforço físico, como doméstica, vendedora, do lar, caixa, lavradora, promotora, sérvios gerais etc., e que pós LM observa-se um aumento nas profissões que requer habilidades manuais, como artesã. 75% das mulheres não fumam, 61% porém fazem uso de bebidas alcoólicas. Quanto à etiologia foi a traumática com 100%, e o maior nível neurológico apresentado por o nível lombar 53%, seguido do cervical 27%, torácica 16% e sacral 4%, chamando a atenção o acidente automobilístico com 29% das causas segundo de 12% de queda, em terceiro encontra-se o FAF, levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8% cada, a quarta foram mergulho em águas rasas e espancamento e, com 2% cada, ferimento por armas brancas, práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça, prática de esportes radicais, como alpinismo, *ratting* (descer corredeiras de bote), *bungee jump*, *rapel*, vôo Livre (Asa Delta), parapente, como causa para lesão medular, espancamento pelos próprios maridos, queda da própria altura, 16% das

mulheres, e dentre estas mulheres 94% são idosas. 77% sofreram lesão a mais de quatro anos e apenas 22% abaixo de três anos. 78% das mulheres não utilizam anticoncepcionais. 31% apresentam hipertensão, 22% colesterol e ou triglicérides alterados, 11% diabetes.

Já as complicações gestacionais, o aborto foi o de maior prevalência, 6%, segundo de pré-eclâmpsia, não conseguem engravidar e prematuridade 4% cada, e sem dilatação, tratamento para engravidar, útero invertido com 2% cada. As outras doenças citadas a que nos chamou atenção foi a depressão, com 14% seguida de problemas hormonais (tireóide) e a síndrome do pânico com 6%, em terceiro a talacemia com 4% e câncer de mama anoxia neonatal, problemas respiratórios e retardo mental com 2% cada. Quanto a escala MIF, níveis de dependência destacam-se as atividades de nível 1 (ajuda total) em primeiro lugar com 36% o item locomoção (marcha, cadeira de rodas, escadas), seguido com 12% o controle de esfinteriano (fezes e urina), e 10% as transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira e chuveiro

a independência completa do item interação social está com escore baixo, 69%, comprovando a exclusão social do deficiente. Em seguida com 71% e 73% independência completa sonora, visual respectivamente, em seguida apenas 74% das mulheres com lesão medular que apresentam independência completa para a resolução de problemas, 88% para memória, 90% expressão não vocal e 92% expressão vocal respectivamente.

Quanto a escala CSFQ, 90% desta população em estudo apresenta um escore abaixo dos indicados pelos pesquisadores, mostrando que 90% da população apresenta disfunção sexual em relação a variável prazer. O mesmo ocorre com a variável orgasmo onde apresentou um percentual de 90%, 76% desta população apresenta disfunção do desejo/freqüência e 72% disfunção quanto ao interesse sexual. E a variável excitação apresentou um percentual maior que as outras variáveis, 92%. Através do Instrumento IV, observamos os relatos das mulheres com lesão medular entre eles surgiram comentários sobre alterações da sexualidade, da sensibilidade, na vida conjugal, da libido, do orgasmo, da lubrificação vaginal, na percepção da auto-imagem, presença de dor neuropática e no período menstrual; dúvidas referentes a sensibilidade, posicionamento, menstruação, métodos contraceptivos, gravidez e orgasmo; ausência de alterações da sexualidade pós lesão medular; a não busca de auxílio de profissionais para sanar seus questionamentos; vergonha; não sabe a quem perguntar: outras

preocupações que tangenciam a questão sexual propriamente dita; outras opções sexuais; problemas sexuais do parceiro (companheiro); desinteresse pela sexualidade; descobrimento de áreas erógenas sexuais; uso dos contraceptivos; inexperiências sexuais anteriores; “medo” (pela perda de relacionamento, de não poder engravidar, ter filhos, da doença, de não sentir prazer); situações constrangedoras em relação a sensibilidade, gravidez, perda de relacionamento, da doença; expectativa de vida sexual, visão da vida sexual; religiosidade na vida sexual.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização deste trabalho, podemos sentir a tamanha dificuldade no estudo desta população, pacientes com lesão medular, e do sexo feminino. Dificuldade esta, como já dita anteriormente, devido a escassez trabalhos na sexualidade da paciente com lesão medular, pela falta de recursos financeiros para captação e realização da busca destas pacientes, muitas vezes em outras cidades afastadas e principalmente pela exclusão social evidente desta população. População esta que se encontra literalmente enclausurado em suas residências, inerentes de vidas sociais, esportivas e muitas vezes com dificuldades financeiras, pois é uma reabilitação dispendiosa, que requer gastos muitas vezes com medicamentos específicos, sondas, cadeiras de rodas, sacos coletores e vários outros facilitadores necessários, porém caros e muitas vezes impossível para a realidade brasileira do deficiente.

E paralelamente a isso está a dificuldade em relação a organização e notificação estatística dos casos dos pacientes com lesão medular. O que dificulta a composição da amostra ou pesquisas que se queira fazer nesta área, principalmente em relação a lesão medular que é uma síndrome incapacitante.

Encontramos profissionais que nos auxiliaram a compor a amostra face a todas essas dificuldades, mas eram pessoas e não serviços organizados, com tecnologias e bases de dados para isso.

Falar sobre sexualidade humana, ou seja, sexo propriamente dito sempre foi um tabu na vida do ser humano, aliás, tudo o que é desconhecido gera insegurança e medo. O sexo é inerente ao ser humano e através dele é que se gera uma vida. Em se tratando da sexualidade de uma pessoa que sofreu um trauma raquimedular (lesão na medula espinhal) é ainda maior o tabu por haver uma certa dose de desinformação e preconceitos que são gerados por culpa de uma cultura em relação ao sexo complicando-se ainda mais quando este indivíduo é do sexo feminino. É sabido que qualquer pessoa que sofreu algum dano na medula, além de comprometimento da sensibilidade, locomoção, funções intestinais e urinárias, independente da região lesionada, também acomete a função sexual. Como todo indivíduo é único, uma lesão também se caracteriza de forma única e suas alterações, comprometimentos e seqüelas são bastante peculiares fazendo com que cada pessoa reaja de maneira diferente por mais semelhante que seja a lesão. No caso de mulheres pode-se haver ausência de sensibilidade, conseqüentemente a ausência de orgasmo clitoriano ou vaginal, mas a ovulação é preservada e aproximadamente entre 3 e 4 meses ocorre a volta do ciclo menstrual com capacidade de engravidar. É muito complicado para estar falando devido à particularidade de cada lesão. E assim vai prosseguindo de acordo com cada pessoa, com cada lesão e como são as reações.

A importância da identificação das necessidades sexuais das pacientes com lesão traumática raquimedular, como uma maneira de nortear o estabelecimento de metas para um cuidar e um processo de reabilitação de qualidade.

Assim percebe-se que estudos desta natureza evocam cada vez mais a necessidade dos enfermeiros considerarem todos os aspectos da pessoa que é cuidada, isto, é levar em conta quão importante é importante tratar o ser humano em sua totalidade.

No caso de mulheres pode-se haver ausência de sensibilidade, conseqüentemente a ausência de orgasmo clitoriano ou vaginal, mas a ovulação é

preservada e aproximadamente entre 3 e 4 meses ocorre a volta do ciclo menstrual com capacidade de engravidar. É muito complicado para estar falando devido à particularidade de cada lesão. E assim vai prosseguindo de acordo com cada pessoa, com cada lesão e como são as reações. O IMPORTANTE é que independente de existir uma lesão ou não, o sexo faz parte da vida do ser humano e o portador de lesão medular deve ter uma vida sexual ativa, prazerosa e satisfatória que se apresenta de modo um pouco diferente de como era anterior à lesão que se deve fazer algumas adaptações para uma boa vida sexual.

O paciente com lesão espinhal, principalmente a mulher é um tipo de paciente que, pela sua complexidade, suas peculiaridades e escassez de estudos sobre sexualidade feminina, demanda um cuidar específico que permeie as diferentes dimensões sociais, psicológicas e físicas, assegurando um cuidado holístico e a continuidade deste cuidar em domicílio. SALIMENE (1995, p.40) comenta e nós concordamos com a autora que “sendo a sexualidade constitutiva da vida humana, não poderá ser negada para aqueles que portam uma deficiência física, pois assim estar-se-ia negando a sua própria condição humana”.

A importância da identificação das necessidades sexuais das pacientes com lesão traumática raquimedular, como uma maneira de nortear o estabelecimento de metas para um cuidar e um processo de reabilitação de qualidade.

Assim percebe-se que estudos desta natureza evocam cada vez mais a necessidade dos enfermeiros considerarem todos os aspectos da pessoa que é cuidada, isto, é levar em conta quão importante é tratar o ser humano em sua totalidade.

Considerando que estas mulheres apresentavam nível baixo de lesão, predominante lombar e grau incompleto eram esperados um resultado de MIF satisfatório com necessidade baixa de ajuda. São mulheres, donas de casa as quais conhece o seu ambiente, a sua dominância familiar e com isso habilidades para o melhor desempenho de atividades e tarefas. O nível baixo de LM e grau incompleto possibilitam maior independência funcional p/ todas as atividades.

Outras variáveis parecem não interferir na sexualidade, uma vez que esta sofre influências tão subjetivas e estritamente pessoais que fogem à análise estatística dada a dimensão e a magnitude da expressão da sexualidade na vida da mulher.

Isto nos remete a pensar que não podemos generalizar e principalmente, transformar as diferenças em desigualdades.

Tal e qual as pedras preciosas de uma mesma categoria, encontraremos nuances de cor entre outras características.

Assim são as mulheres, como a preciosidade das pedras que escapam da rigidez da expressão numérica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Spinal Injury Association International Medical Society of Paraplegia. ASIA/IMSOP. Padrões Internacionais para Classificação Neurológica e Funcional de Lesões da Medula Espinhal: revisado em 1996. Tradução Tarciso P. Barros Filho, Fernando Mendes. Chicago: ASIA, 1996.

Appolinário F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2004.

.Associação das Pioneiras Sociais. Inervação: Via Aferente e Sensitiva, Via Eferente Motora e Via Supra Nuclear. Equipe Lesado Medular. Hospital Sarah Kubistshek. Brasília-DF.1988.

Clayton AH;Mcgarvey EL; Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(4):731-45

Clayton, A.H., McGarvey, E.L., Clavet, G.J., & Piazza, L. (1997). Comparison of sexual functioning in clinical and non-clinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacology Bulletin*, 33(4), 747-753.

Clayton, A.H., Owens, J.E., & McGarvey, E.L. (1995). Assessment of paroxetine-induced sexual dysfunction using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(2), 397-413.

Dangelo, JG, Fattini, CA. 2 ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Atheneu, 1988. 184p.

Defino, HLA; Silva, CLCS. Estudo epidemiológico das fraturas da coluna cervical por mergulho na cidade de Ribeirão Preto (SP). Medicina, 35:41-47, jan - mar, 2002.

Defino, HLA. Trauma raquimedular. Medicina, Ribeirão Preto, 32 (4): 388-400, 1999.

Delisa, JÁ; Gans, BM. Principles and practice rehabilitation medicine, Philadelphia, Lippincott, 1993.

Delisa, JA. Medicina de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manóle, 1992. 2V.

Faro, ACMe Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Faro, ACMe. Cuidar do lesado medular em casa-a vivência singular do cuidador familiar. 1999. São Paulo, (tese-livre docência), Escola de Enfermagem da USP.

Faro, ACMe. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 1995. São Paulo, (tese-doutoramento), Escola de Enfermagem da USP.

Gardner, Ernert et al. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975. 815 p.

Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Gomes, M. Treinamento Da Medida de Independência Funcional (FIM) Para Profissionais de Saúde. ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS. Hospital Sarah Kubistshek. Pág (02-46).2000

Guttmann, L. Spinal Cord Injuries: Comprehensive management and research. Oxford. Blackwell, 1976.

Guyton, AC. Fisiologia e mecanismos das doenças. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 575 p.

Henrique,C. Capelania Institucional: Ser mestre!. Disponível em: www.mackensie.com.br. Acesso em :23/12/2006.

Henrique,FMD. Paraplegia Percurso sobre Adaptação e Qualidade de Vida. Coimbra, Portugal. Editora Formafar- Formação e Saúde. Ed. 01. set, 2004.

Hollander, M.; Wolfe, D.A. Nonparametric statistical methods. (2nd. edition). New York: John Wiley & Sons, 1999.

Ishibashi, R. A. S.; Olivieri, F. L. D.; Costa, V. De S. P. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa / UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde, Londrina, v. 7, n. 1, p. 65-68, out. 2005.

Ikastola. Asesoría Capacitación in Psicología y Salud. Salud Sexual Congreso de Sexualidade em Santiago do Chile, 2006.

Jaworski, M.A; Wurstz, K.M. Spinal trauma. In: KITT, S.A. et al. emergency Nurse: a physiologic and clinical perspective. Second ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995 Cap 19, p.357- 376.

Kawasaki, K. Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso. Campinas, 2005 (Dissertação- Mestrado). Universidade Estadual de Campinas.

Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais In: Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. p.125-50.

Lianza, S, et.al. A lesão medular. In: Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p.266-295. 471p.

Loureiro SCC, Faro ACM, Chaves EC. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 1997 dez;31(3):347-67.

Maior, IMML. Reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico. Rio de Janeiro: Revinter, 1988..

Michelet, J. A mulher. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 337p.

Naranjo, J.J.A. La Funcion sexual en pacientes com lesion medular. Rev. De La Sociedad Espanola de Rehabilitation, 321-333, [1979].

Nogueira, PC. Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal. 2005. Ribeirão Preto, (dissertação-mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

Nogueira,Pc; Caliri,Mhl; Hass,V.J.. Perfil de acidentes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário. Ribeirão Preto, , Rev latino-am enfermagem 2006 maio-junho; 14(3)

Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2004. p. 163-219

Polit, D. F. & Hungler, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.168 e 207.

Polit, D.F.; Hungler, B.P. Some additional types of rearch in:_____. **Nursing research: principles and methods**. 3.ed. Philadelphia: J.B. Lippcott, 1987. Cap. 10, p.155-158.

PROQOLID, Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database . CSFQ-F Changes in Sexual Functiong Questionnaire (Questionário Sobre as Alterações da Atividade Sexual). Instrumento disponível em: <http://www.glmed.org/index.html>). Acesso em 07/06/2005.

Reich W. A Função do Orgasmo, 1968, p.11

Riberto, M. Miyazaki, MH; Filho, DJ; Sakamoto, H; Battistella, LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. Acta Fisiátrica, 8(1): 45-52, 2001.

Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 29a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

Salimene, AC. de Melo. Sexo: caminho para reabilitação. São Paulo: Cortez, 1995. 143p.

Satori,N.R.; Melo,M.R.A.A.C. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. Medicina, v.35, n.2, p. 151-159, abril- junho 2002.

Segal, ME; Ditunno, JF, Staas, WE. Interinstitucional agreement of individual functional independence measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SIC patients. Paraplegia, 31: 622-31, 1993.

Silveira, P.R. Trauma raquimedular: diagnóstico e tratamento na emergência. Jornal Brasileiro de Medicina, v.8, n.6, p.17-37, junho, 2000.

Stineman, MG; Shea, JÁ; Jette, A; Tassoni, CJ; Ottenbacher, KJ; Fiedler, R. Granger, CV. The functional independence measure: tests of scaling assumptions, structures and reability across 20 diverse impairment categories. Arch Phys Med Reahabil, 77:1101-8, 1996.

Szasz, G. Sexual health care. In: ZEIDLIK, Cynthia Perry. Management of spinal cord injury. 2 ed. Boston: Jones and Bartlett, 1991. p. 175-201.

Thomaz, RR; Lima, FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul. Enfermagem, São Paulo, 13(3): 59-65, 2000.

Triviños, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo, Atlas, 1993.

Venturini,Dv; Decesaro,M; Marcon,Ss. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. Rev. gaúcha enferm. v.27 n.2 Porto Alegre jun. 2006

Walleck, C.A. Central Nervous System II: Spinal Cord Injury. In CARDONA, V.D; HURN, P.D. trauma Nursing: from resuscitation through rehabilitation. Segunda ed. WB Saunders company, 1994. Cap 18, parte III. P 435-465.

ANEXOS**ANEXO A**

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 02 de agosto de 2005

Ofício nº 2079/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“O BINÔMIO SEXUALIDADE FEMININA E LESÃO MEDULAR: ALTERAÇÕES VIVENCIADAS E DIMENSÕES DO CUIDADO EM REABILITAÇÃO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 207ª Reunião Ordinária realizada em 01/08/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8061/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PAULA CANOVA SODRÉ
PROFª DRª ANA CRISTINA MANCUSSI E FARO
Escola de Enfermagem de São Paulo
Depto. de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Em mãos

ANEXO B

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA

Em 08 de julho de 2005.

Ofício nº 354/RCA
BOC/emcf

Senhor Professor,

Por decisão do Conselho Departamental, solicito à orientadora Prof^{ra} Dr^a Ana Cristina Mancussi Faro e a pesquisadora Paula Canova Sodré a apresentação do resultado das pesquisas ao Departamento.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Benedicto Oscar Colli
Chefe do Departamento de Cirurgia e Anatomia.

Senhora
Paula Canova Sodré
Aluna da Escola de Enfermagem da USP.

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
 Tel.: (011) 3066-7533 - Fone/Fax: (011) 3066-7541 - Telex: 80.902
 C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil
 E-mail: spgee@edu.usp.br

Ribeirão Preto,.....de maio de 2005

II.mº Profº Drº Benedicto Oscar Colli
 - Professor Titular do Departamento de Cirurgia e Anatomia
 - Chefe da Disciplina de Neurocirurgia
 - Chefe do Departamento de Cirurgia e Anatomia

Prezado(a) Senhor(a),

Venho através desta solicitar sua concordância, para coleta de informações, em bancos de dados e prontuários, de pacientes do sexo feminino com lesão medular que já tiveram atendimento nesta Unidade, para identificação desta população em estudo para nosso Projeto de Pesquisa intitulado “ O binômio sexualidade feminina e lesão medular: alterações vivenciadas e dimensões do cuidado”, orientado pela Profª Drª Ana Cristina Mancussi Faro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EE-USP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa e seus objetivos.
 Desde já agradeço pela atenção dispensada e coloco-me à disposição para esclarecimentos que julgar pertinentes.

Atenciosamente,

Paula Canova Sodré

Enfª Paula Canova Sodré
 Aluna do curso de mestrado da Escola
 de Enfermagem da USP

[Assinatura]

 Concordo com a coleta de informações em nossos banco
 de dados para a pesquisa citada acima.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
 Tel.: (011) 3066-7533 - Fone/Fax: (011) 3066-7541 - Telex: 80.902
 C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil
 E-mail: spgee@edu.usp.br

Ribeirão Preto,de maio de 2005

Il.mº Sr.Drº *Nilton Mazzer*
 (Ortopedia) (Chefe do Departamento)
 Dr. *José B. Volpon*
 (Ortopedia) (Suplente de Chefe do Departamento)

Prezado Senhor,

Venho através desta solicitar sua concordância, para coleta de informações, em bancos de dados e prontuários, de pacientes do sexo feminino com lesão medular que já tiveram atendimento nesta Unidade, para identificação desta população em estudo para nosso Projeto de Pesquisa intitulado “ O binômio sexualidade feminina e lesão medular: alterações vivenciadas e dimensões do cuidado”, orientado pela Profª Drª Ana Cristina Mancussi Faro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EE-USP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa e seus objetivos.

Desde já agradeço pela atenção dispensada e coloco-me à disposição para esclarecimentos que julgar pertinentes.

Atenciosamente,

.....
 Enfª Paula Canova Sodré
 Aluna do curso de mestrado da
 Escola de Enfermagem da USP

Nilton Mazzer

 Concordo com a coleta de informações em nossos banco
 de dados para a pesquisa citada acima.

Prof. Dr. Nilton Mazzer
 Chefe do Departamento de Biomecânica,
 Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor

ANEXO E

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
 Tel.: (011) 3066-7533 - Fone/Fax: (011) 3066-7541 - Telex: 80.902
 C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil
 E-mail: spgee@edu.usp.br

Ribeirão Preto, de maio de 2005

Il.mº Sr.Drº Jair Licio Ferreira Santos
 Chefe imediato do Centro de Processamento de Dados

Prezado Senhor,

Venho através desta solicitar sua concordância, para coleta de informações, em bancos de dados e prontuários, de pacientes do sexo feminino com lesão medular que já tiveram atendimento nesta Unidade, para identificação desta população em estudo para nosso Projeto de Pesquisa intitulado "O binômio sexualidade feminina e lesão medular: alterações vivenciadas e dimensões do cuidado", orientado pela Profª Drª Ana Cristina Mancussi Faro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EE-USP.

Segue em anexo uma cópia do projeto de pesquisa e seus objetivos.

Desde já agradeço pela atenção dispensada e coloco-me à disposição para esclarecimentos que julgar pertinentes.

Atenciosamente,

Paula Canova Sodré

Enfª Paula Canova Sodré
 Aluna do curso de mestrado da
 Escola de Enfermagem da USP

Jair Licio Ferreira Santos

 Concordo com a coleta de informações em nossos banco
 de dados para a pesquisa citada acima.

ANEXO F

September 26, 2005

Dear Paula Canova Sodre:

In response to your e-mail of September 21, 2005 regarding the Changes in Sexual Functioning (CSFQ), this letter authorizes use of the questionnaire.

Any publications where the materials appear, in whole or in part, should also include a statement as follows: "For more information, contact Dr. Anita H. Clayton, Professor of Psychiatric Medicine, Outpatient Psychiatric Services, University of Virginia, 2955 Ivy Road, Suite 210, Charlottesville, VA 22903."

Thank-you for your interest in our work. Please feel free to contact me if you have any questions or need additional information.

Sincerely,

Anita H. Clayton, M.D.
Professor and Vice Chair
Psychiatric Medicine
University of Virginia Health System

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Paula Canova Sodré, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP – São Paulo, venho solicitar a sua colaboração para participar do estudo que estou realizando sobre sexualidade feminina e lesão medular. Esclareço que as informações a mim confiadas serão sigilosas, garantindo o anonimato do informante. A sua participação no estudo é livre, podendo desligar-se do mesmo a qualquer instante sem prejuízos ao seu tratamento e à sua pessoa. Os dados obtidos serão organizados e apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais e publicados em revistas científicas pertinentes. As informações sobre sexualidade e lesão medular e expectativas serão gravadas e depois transcritas sem qualquer identificação da informante. Todo o material do estudo ficará guardado com a enfermeira Paula Canova Sodré responsável pela guarda do mesmo e não permitirá acesso de outras pessoas a ele em hipótese alguma. As entrevistas serão realizadas após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O estudo “O binômio sexualidade e lesão medular: alterações vivenciadas e dimensões do cuidado” têm como objetivos: conhecer a percepção da mulher com lesão medular sobre a sexualidade; caracterizar as mulheres com lesão medular quanto à idade, cor, religião, escolaridade, estado civil, composição familiar, procedência, profissão e ocupação; caracterizar as mulheres à lesão medular: nível e grau da lesão, etiologia, tempo de lesão e capacidade funcional; identificar as relações entre os escores da capacidade funcional e variáveis sociais e de saúde; Identificar as alterações às funções sexuais relatadas por mulheres com lesão medular; conhecer as expectativas e sentimentos verbalizados sobre a própria sexualidade.

Informamos que, no caso de dúvidas, a colaboradora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do HCRP – FMRPUSP pelo setor de Comissão deste hospital, telefone 602 2228 ou ramal 2228.

Ainda, esclareço que as colaboradoras junto à pesquisa não sofrerão qualquer ônus financeiro e que não haverá remuneração. A participação na pesquisa é por livre e espontânea vontade. Toda e qualquer dúvida verbalizada pela colaboradora à enfermeira pesquisadora, referente ao assunto em questão será esclarecida após a entrevista de coleta de dados.

Diante do exposto sinto-me suficientemente esclarecida e concordo em participar da pesquisa respondendo à entrevista, assinando logo à seguir.

Assinatura da colaboradora

Paula Canova Sodré
Enfermeira e aluna do Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da USP

Ribeirão Preto, de 2005.

ANEXO H

INSTRUMENTO I: Dados demográficos e clínicos para a caracterização da Amostra

Cor:	☐ Branca	☐ Negra	☐ Amarela	☐ Parda
Religião:	☐ Católica	☐ Evangélica	☐ Protestante	☐ Espírita
	☐ Nenhuma	☐	☐	☐
Religião:	☐ Praticante		☐ Não Praticante	
Profissão após a L.M.:	☐ Nenhuma	☐ Do lar	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
Ocupação Atual:	☐	☐	☐	☐
	☐	☐		
Estado Civil anterior a L.M.:	☐ Solteira	☐ Casada	☐ Amasiada	☐ Viúva
Estado Civil atual:	☐ Solteira	☐ Casada	☐ Amasiada	☐ Viúva
Composição Familiar (vive com):	☐ Filhos	☐ C/companheiro	☐ S/companheiro	☐ Parentes
	☐ Mãe	☐ Pai	☐ Irmã	☐ Irmã
	☐ Prima	☐ Tia	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
Escolaridade:	☐ Analfabeta	☐ En.Fund inc.	☐ En.Fund com.	☐ Ens.Méd inc
	☐ Ens.Méd comp	☐ Sup.inc.	☐ Sup.comp.	
Nível Neurológico da Lesão:	☐ Cervical	☐ Torácica	☐ Lombar	☐ Sacral
Grau da Lesão:	☐ Completo		☐ Incompleto	
Etiologia:	☐ Traumática		☐ Não Traumática	
Causa Externa:	☐ FAF	☐ FAB	☐ Acid.Autom.	☐ Atropelam.
	☐ Queda	☐ Mar	☐ Outros	
Tempo de L.M.:	☐ 1 ano	☐ 2 ano	☐ 3 ano	☐ 4 ano
	☐ 5 anos	☐ 6 anos	☐ 7 anos	☐ 8 anos
	☐ 9 anos	☐ 10 anos	☐ 11 anos	☐ 12 anos
	☐ 13 anos	☐ 14 anos	☐ 15 anos	☐ 16 anos
	☐ 17 anos	☐ 18 anos	☐ 19 anos	☐ 20 anos
Fuma:	☐ Sim		☐ Não	
Bebe bebida alcoólica	☐ Sim		☐ Não	
Faz us"o de anticoncepcional:	☐ Sim		☐ Não	
Estimativa de I.M.C.:	☐ Altura:.....	☐ Peso:.....	☐ IMC:.....	
Doenças de Base:	☐ D.M.	☐ HAS	☐ Dislipidemias (colesterol e Triglicérides)	
	☐ Complicações Gestacionais		☐ Quais:	

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - MIF

Paciente:
Data da Avaliação:

AUTO-CUIDADOS	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5	NÍVEL 6	NÍVEL 7
A- Alimentação	301 ()	302 ()	303 ()	304 ()	305 ()	306 ()	307 ()
B- Higiene Pessoal	311 ()	312 ()	313 ()	314 ()	315 ()	316 ()	317 ()
C- Banho (lavar o corpo)	321 ()	322 ()	323 ()	324 ()	325 ()	326 ()	327 ()
D- Vestir metade superior	331 ()	332 ()	333 ()	334 ()	335 ()	336 ()	337 ()
E- Vestir metade inferior	341 ()	342 ()	343 ()	344 ()	345 ()	346 ()	347 ()
F- Utilização vaso sanitário	351 ()	352 ()	353 ()	354 ()	355 ()	356 ()	357 ()

CONTROLE DE ESFÍNCTERES

G- Controle de Urina	361 ()	362 ()	363 ()	364 ()	365 ()	366 ()	367 ()
H- Controle de Fezes	371 ()	372 ()	373 ()	374 ()	375 ()	376 ()	377 ()

MOBILIDADE -Transferências

I- Leito, cadeira, cadeira rodas	381 ()	382 ()	383 ()	384 ()	385 ()	386 ()	387 ()
J- Vaso sanitário	391 ()	392 ()	393 ()	394 ()	395 ()	396 ()	397 ()
K- Banheira, chuveiro	401 ()	402 ()	403 ()	404 ()	405 ()	406 ()	407 ()

LOCOMOÇÃO

L- Marcha	411 ()	412 ()	413 ()	414 ()	415 ()	416 ()	417 ()
L- Cadeira de Rodas	421 ()	422 ()	423 ()	424 ()	425 ()	426 ()	427 ()
M- Escadas	431 ()	432 ()	433 ()	434 ()	435 ()	436 ()	437 ()

COMUNICAÇÃO

N- Compreensão sonora	441 ()	442 ()	443 ()	444 ()	445 ()	446 ()	447 ()
N- Compreensão visual	451 ()	452 ()	453 ()	454 ()	455 ()	456 ()	457 ()
O- Expressão vocal	461 ()	462 ()	463 ()	464 ()	465 ()	466 ()	467 ()
O- Expressão não vocal	471 ()	472 ()	473 ()	474 ()	475 ()	476 ()	477 ()

COGNIÇÃO SOCIAL

P- Interação Social	481 ()	482 ()	483 ()	484	485 ()	486 ()	487 ()
Q- Resolução de problemas	491 ()	492 ()	493 ()	494 ()	495 ()	496 ()	497 ()
R- Memória	501 ()	502 ()	503 ()	504 ()	505 ()	506 ()	507 ()
TOTAL							

Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1

Níveis	Dependência Modificada 1- Ajuda Total (indivíduo>=0%) 2- Ajuda Máxima (indivíduo>=25%) 3- Ajuda Moderada (indivíduo>=50%) 4- Ajuda Mínima (indivíduo>=75%) 5- Supervisão	Ajuda
	6- Independência Modificada (em segurança em tempo normal) 7- Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda

ANEXO J

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO III - QUESTIONÁRIO SOBRE AS ALTERAÇÕES DA ACTIVIDADE SEXUAL

(Portuguese version of CSFQ-F-C)

Nome:

Data:

NOTA: Este questionário é sobre a atividade e função sexual. Por atividade sexual, entendemos relação sexual, masturbação, fantasias e outras atividades.

1- Comparando com a altura em que teve mais prazer na vida sexual, que prazer sente na sua vida sexual atualmente?

- 601 () 1-Nenhum prazer
 602 () 2-Pouco prazer
 603 () 3-Algum prazer
 604 () 4-Muito prazer
 605 () 5-Imenso prazer

2- Com que frequência tem, atualmente, uma atividade sexual (relações sexuais, masturbação, etc.)?

- 611 () 1-Nunca
 612 () 2-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 613 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 614 () 4-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 615 () 5-Todos os dias

3- Com que frequência deseja ter atividade sexual?

- 621 () 1-Nunca
 622 () 2-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 623 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 624 () 4-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 625 () 5-Todos os dias

4- Com que frequência tem, atualmente, pensamentos sexuais (pensar sobre sexo, fantasias sexuais)?

- 631 () 1-Nunca
 632 () 2-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 633 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 634 () 4-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 635 () 5-Todos os dias

5- Com que frequência sente prazer com livros, filmes, música ou trabalhos artísticos com conteúdo erótico ou sexual?

- 641 () 1-Nunca
 642 () 2-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 643 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 644 () 4-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 645 () 5-Todos os dias

6- Quanto prazer lhe dá pensar e fantasiar sobre sexo?

- 651 () 1-Nenhum prazer
 652 () 2-Pouco prazer
 653 () 3-Algum prazer
 654 () 4-Muito prazer
 655 () 5-Imenso prazer

7- Com que frequência fica sexualmente excitada?

- 661 () 1-Nunca
 662 () 2-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 663 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 664 () 4-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 665 () 5-Todos os dias

8- Quando se excita, excita-se facilmente?

- 671 () 1-Nunca
 672 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 673 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 674 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 675 () 5-Sempre

9- Tem lubrificação vaginal suficiente durante a atividade sexual?

- 681 () 1-Nunca
 682 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 683 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 684 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 685 () 5-Sempre

10- Com que frequência fica excitada e depois perde o interesse?

- 691 () 1-Nunca
 692 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 693 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 694 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 695 () 5-Sempre

11- Com que frequência atinge um orgasmo durante atividade sexual?

- 701 () 1-Nunca
 702 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 703 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 704 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 705 () 5-Sempre

12- É capaz de ter um orgasmo quando quer durante atividade sexual?

- 711 () 1-Nunca
 712 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 713 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 714 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 715 () 5-Sempre

13- Que prazer retira dos seus orgasmos?

- 721 () 1-Nunca
 722 () 2-Raramente (muito menos que metade das vezes)
 723 () 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 724 () 4-Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 725 () 5-Sempre

14- Com que frequência tem um orgasmo doloroso?

- 731 () 1-Todos os dias
 732 () 2-Muitas vezes (mais do que duas vezes por semana)
 733 () 3-Algumas vezes (mais do que uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 734 () 4-Raramente (uma vez por mês ou menos)
 735 () 5-Nunca

_____ :	Prazer (Ítem 1)
_____ :	Desejo/Frequência (Ítem 2 + Ítem 3)
_____ :	Desejo/Interesse (Ítem 4 + Ítem 5 + Ítem 6)
_____ :	Estimulação/Excitação (Ítem 7 + Ítem 8 + Ítem 9)
_____ :	Orgasmo/Concretização (Ítem 11 + Ítem 12 + Ítem 13)
_____ :	Resultado CSFQ Total (Ítems 1 a 14)

ANEXO L

INSTRUMENTO IV: Lesão Medular e Sexualidade (gravado e transcrito)

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO IV - LESÃO MEDULAR E SEXUALIDADE (gravado e Transcrito)

Paciente:

Data:

Como descreve sua sexualidade antes da lesão medular e após a lesão? Percebe alterações / quais?

Quais são suas expectativas sobre a sua sexualidade?

Data: ____/____/____

Paula Canova Sodré

ANEXO M

Tabela 1-Coeficientes de correlação de Spearman entre os escores dos Indicadores.
Valores de P – nível de significância dos respectivos testes.

INDICADORES	MIF	INST4	CSFQ
MIF	1,00		
INST4 (Valor de P)	0,02 (0,882)	1,00	
CSSQ (Valor de P)	0,28 (0,058)	-0,14 (0,357)	1,00

Não há correlação significativa a 5% entre nenhum dos indicadores. O que chegou mais próximo foi MIF x CSFQ com 5,8%.

Figura 1 – diagrama de dispersão dos valores entre cada par de indicado.

log: C:\ASSESSORIAS\PAULA SODRE\medianas de cssd mif e inst4 segundo variaveis.log log type:
 textopened on: 20 Feb 2007, 16:00:08

. table etnia, c(median mif median cssq median inst4) format(%9.1f) row

etnia	med(mif)	med(cssq)	med(inst4)
Branca	141.0	33.0	2.0
Negra	143.0	35.0	2.0
Amarela	100.0	18.0	2.0
Parda	142.0	40.0	3.0
Total	142.0	35.0	2.0

. table religiao , c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row

religiao	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Católica	119.0	35.0	1.0
Evangélica	143.0	33.5	2.0
Espírita	143.0	33.0	2.0
Testemunha	144.0	35.0	5.0
Nenhuma	144.5	60.5	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

. table pratica , c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row

Atuação	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Religiosa	143.0	34.5	2.0
Praticante	143.0	34.5	2.0
Não Pratic	139.0	35.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

. table ocupdep, c(median mif median cssq median inst4) format(%9.1f) row

Ocupação Após	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Exercia Alguma	142.0	40.0	2.0
Do Lar	140.5	27.5	2.0
Estudante	143.0	37.0	2.0
Aposentada	142.0	18.0	2.0
Desempregada	147.0	67.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

. table civildep, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row

civildep	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Solteira	140.0	35.0	2.0
Casada	143.0	40.0	2.0
Viuva	139.0	18.0	1.5
Separada	145.0	39.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table escolar, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Escolaridade	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Até Fundam Inc	142.0	22.0	2.0
Fund completo + Medio Inc	142.0	27.0	3.0
Medio + Técnico	144.0	51.0	1.5
Superior	126.0	36.5	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table nivel, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Nível da Lesão	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Cervical	142.5	34.5	2.0
Torácica	144.0	34.5	1.0
Lombar	133.0	31.0	2.0
Sacral	141.5	48.5	3.5
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table grau, c(median mif median cssq median inst4) format(%9.1f) row
```

Grau da Lesão	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
completo	118.0	31.0	3.0
Incompleto	142.0	35.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table causa, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Causa Externa	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
FAF	144.0	37.0	1.0
FAB	147.0	67.0	2.0
Acid Automovel	127.0	38.0	2.0
Atropelamento	123.0	18.0	1.0
Ativ Esportiva	146.0	54.0	2.0
Levantamento Peso	144.0	32.0	1.5
Queda	143.0	41.0	2.0
Mergulho Raso	146.0	33.0	2.0
Acid Moto	138.5	24.0	4.0
Queda Propria Altura	126.0	18.0	1.5
Objeto S/ Cabeça	144.0	36.0	2.0
Espancamento	141.0	27.0	3.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table tempo, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Tempo de Lesão (anos)	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
2	133.0	26.0	2.0
3	132.0	44.0	1.0
4	129.5	27.5	2.0
5	144.0	33.0	2.0
6	142.0	36.0	1.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table tabaco, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Fumante	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
SIM	143.0	43.0	2.0
NÃO	142.0	31.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
table alcool, c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Usa Alcool	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
SIM	144.0	39.0	2.0
NÃO	118.5	21.5	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table imcgr c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) rotime-series operators  
not allowedr(101);
```

```
. table imcgr , c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Indice de Massa Corporal	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Até 18,5	142.0	49.0	2.0
18,6 a 25,0	142.0	31.0	2.0
25,1 e +	142.0	37.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
. table idadegr , c(median mif median csfq median inst4) format(%9.1f) row
```

Grupos Etários	med(mif)	med(csfq)	med(inst4)
Até 29	143.0	38.0	2.0
30 a 39	142.5	30.0	2.5
40 a 49	140.5	46.5	2.0
50 a 59	144.0	34.5	2.0
60 e +	123.0	18.0	2.0
Total	142.0	35.0	2.0

```
log closelog: C:\ASSESSORIAS\PAULA SODRE\medianas de cssd mif e inst4 segundo  
variaveis.loglog type: textclosed on: 20 Feb 2007, 16:04:08
```

Tabela_Mediana dos Escores de MIF, CSSQ e do Instrumento 4, segundo as categorias da variável Etnia. Resultados dos testes de significância das diferenças em cada instrumento.

ETNIA	MEDIANAS DOS INDICADORES		
	MIF	CSSQ	INSTRUMENTO 4
Branca	141,0	33,0	2,0
Negra	143,0	35,0	2,0
Amarela	100,0	18,0	2,0
Parda	142,0	40,0	3,0
Total	142,0	35,0	2,0
Significância do Teste de Kruskal - Wallis			

Grupos Etários	etnia				Total
	Branca	Negra	Amarela	Parda	
Até 29	10 34.48	1 7.69	0 0.00	1 12.50	12 23.53
30 a 39	4 13.79	1 7.69	0 0.00	3 37.50	8 15.69
40 a 49	1 3.45	3 23.08	0 0.00	2 25.00	6 11.76
50 a 59	7 24.14	3 23.08	1 100.00	1 12.50	12 23.53
60 e +	7 24.14	5 38.46	0 0.00	1 12.50	13 25.49
Total	29 100.00	13 100.00	1 100.00	8 100.00	51 100.00

religiao	Escolaridade				Total
	Até Funda	Fund comp	Medio + T	Superior	
Católica	5 31.25	1 9.09	4 28.57	5 50.00	15 29.41
Evangélica	6 37.50	7 63.64	9 64.29	2 20.00	24 47.06
Espírita	3 18.75	2 18.18	1 7.14	3 30.00	9 17.65
Testemunha	0 0.00	1 9.09	0 0.00	0 0.00	1 1.96
Nenhuma	2 12.50	0 0.00	0 0.00	0 0.00	2 3.92
Total	16 100.00	11 100.00	14 100.00	10 100.00	51 100.00

Ocupação Anterior	Exercia A	Do Lar	Ocupação Após Estudante	Aposentad	Desempreg	Total
Exercia Alguma	19 63.33	3 10.00	1 3.33	7 23.33	0 0.00	30 100.00
Do Lar	1 14.29	3 42.86	0 0.00	3 42.86	0 0.00	7 100.00
Estudante	1 12.50	0 0.00	7 87.50	0 0.00	0 0.00	8 100.00
Aposentada	0 0.00	0 0.00	0 0.00	5 100.00	0 0.00	5 100.00
Desempregada	0 0.00	0 0.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00	1 100.00
Total	21 41.18	6 11.76	8 15.69	15 29.41	1 1.96	51 100.00

Estado civil Antes	Solteira	civildep Casada	Viuva	Separada	Total
Solteira	15 68.18	7 31.82	0 0.00	0 0.00	22 100.00
Casada	0 0.00	16 84.21	0 0.00	3 15.79	19 100.00
Viuva	0 0.00	0 0.00	9 100.00	0 0.00	9 100.00
Separada	0 0.00	1 100.00	0 0.00	0 0.00	1 100.00
Total	15 29.41	24 47.06	9 17.65	3 5.88	51 100.00

Nível da Lesão	Grau da Lesão completo	Incomplet	Total
Cervical	0 0.00	14 28.00	14 27.45
Torácica	0 0.00	8 16.00	8 15.69
Lombar	1 100.00	26 52.00	27 52.94
Sacral	0 0.00	2 4.00	2 3.92
Total	1 100.00	50 100.00	51 100.00

Causa Externa	Freq.	Percent	Cum.
FAF	4	7.84	7.84
FAB	1	1.96	9.80
Acid Automovel	16	31.37	41.18
Atropelamento	3	5.88	47.06
Ativ Esportiva	3	5.88	52.94
Levantamento Peso	4	7.84	60.78
Queda	3	5.88	66.67
Mergulho Raso	3	5.88	72.55
Acid Moto	2	3.92	76.47
Queda Propria Altura	8	15.69	92.16
Objeto S/ Cabeça	1	1.96	94.12
Espancamento	3	5.88	100.00
Total	51	100.00	

Tempo de Lesão (anos)	Freq.	Percent	Cum.
2	7	13.73	13.73
3	4	7.84	21.57
4	10	19.61	41.18
5	14	27.45	68.63
6	16	31.37	100.00
Total	51	100.00	

Indice de Massa Corporal	Freq.	Percent	Cum.
Até 18,5	9	17.65	17.65
18,6 até 25,0	27	52.94	70.59
2	15	29.41	100.00
Total	51	100.00	

. log off log: C:\ASSESSORIAS\Paula Sodré\Descrição da amostra.log log type: text paused on:
13 Feb 2007, 17:58:25

. tabulate imcgr

Indice de Massa Corporal	Freq.	Percent	Cum.
Até 18,5	9	17.65	17.65
18,6 a 25,0	27	52.94	70.59
25,1 e +	15	29.41	100.00
Total	51	100.00	