



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



DANIELLE CARVALHO FERREIRA

**SEXUALIDADE PÓS-LESÃO MEDULAR: A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM
TERESINA - PIAUÍ**

TERESINA
2021

DANIELLE CARVALHO FERREIRA

**SEXUALIDADE PÓS-LESÃO MEDULAR: A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM
TERESINA - PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde e Comunidade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Cronemberger Rufino

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Análise de Situação de Saúde

TERESINA
2021

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

F383s Ferreira, Danielle Carvalho.
Sexualidade pós-lesão medular : a percepção de mulheres em
Teresina - Piauí / Danielle Carvalho Ferreira. -- Teresina, 2021.
66 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2021.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Andréa Cronemberger Rufino.
Bibliografia

1. Sexualidade. 2. Mulheres. 3. Lesão medular. I. Rufino, Andréa
Cronemberger. II. Título.

CDD 155.3

DANIELLE CARVALHO FERREIRA

**SEXUALIDADE PÓS-LESÃO MEDULAR: A PERCEPÇÃO DE MULHERES EM
TERESINA - PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde e Comunidade.

Teresina, 20 de agosto de 2021

Banca Examinadora:

Presidente/Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Cronemberger Rufino
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

1º.Examinadora: Prof.^a Dr.^a Maria Andréia da Nóbrega Marques (externo)
Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

2º. Examinador: Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro (interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Examinador suplente: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges (interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Às mulheres com lesão medular,
especialmente àquelas atendidas no
Centro Integrado de Reabilitação (CEIR).

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Andréa Cronemberger Rufino, pela competência e pelo respeito com que conduziu este processo, sem medir esforços para que pudéssemos construir esta jornada;

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Maria Andréia da Nóbrega Marques, Prof. Dr. Alberto Pereira Madeiro e Dr. José Wicto Pereira Borges, por terem aceitado o convite, contribuindo com valiosas sugestões;

Às mulheres com lesão medular atendidas no Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), que aceitaram participar deste estudo, compartilhando suas vivências e intimidades;

Ao CEIR, especialmente aos gestores, à equipe do centro de estudos e aos colaboradores do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), por me receberem de maneira tão solícita.

Aos alunos do curso de Psicologia da Faculdade Uninassau – Unidade Redenção, pela compreensão e empatia que tiveram para comigo nesse período de mestrado;

Aos gestores da Faculdade Uninassau – Unidade Redenção, pelo incentivo, pelo apoio e pela compreensão no decorrer do período do mestrado;

Às professoras Dr.^a Malvina Thais Pacheco Rodrigues e Ma. Natária Pereira Marinelli, por compartilharem suas turmas e seus saberes no estágio em docência no Colégio Técnico de Teresina (CTT);

Aos alunos do curso de Enfermagem do CTT, por me receberem tão bem e confiarem no meu trabalho no estágio em docência;

Aos colegas de turma, por tornar a jornada no mestrado mais leve, calorosa e divertida;

A todos, meus sinceros agradecimentos.

FERREIRA, Danielle Carvalho. **Sexualidade Pós-Lesão Medular: A Percepção de Mulheres em Teresina – Piauí.** 2021. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2021.

RESUMO

Introdução: A sexualidade da mulher está relacionada a aspectos que vão muito além do ato sexual. Envolve toda a complexidade do ser humano, e integra sentimentos, feminilidade, desejo sexual, autoestima e subjetividade. A lesão medular pode afetar aspectos físicos, psicológicos e socioculturais da sexualidade nas mulheres acometidas por esta deficiência. **Objetivo:** Conhecer o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres atendidas no Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), em Teresina, PI. **Métodos:** Pesquisa do tipo descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. A amostra foi composta por mulheres selecionadas por conveniência. Foram realizadas 15 entrevistas guiadas por roteiro estruturado até a saturação dos dados, com duração média de 16 minutos. Os critérios de inclusão foram: mulheres maiores de 18 anos, com relato de lesão medular de qualquer natureza e com no mínimo 6 meses de evolução. O critério de exclusão foi: mulheres com alterações cognitivas e/ou neurológicas que poderiam dificultar a comunicação e a entrevista. Os dados foram analisados e codificados a partir das categorias de análise previamente estabelecidas na elaboração do roteiro estruturado de entrevista: 1. Aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual; 2. Aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade; 3. Aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade. Trechos das falas das mulheres foram descritas em todas as categorias de análise, sendo possível identificar subcategorias. **Resultados:** A amostra foi caracterizada, na sua maioria, por mulheres jovens, de raça/etnia negra, com escolaridade e renda familiar baixas e até 8 anos de lesão medular. Pelo relato das mulheres, houve mudanças biopsicossociais significativas nas suas vivências após a lesão medular. A necessidade de se readaptar às atividades anteriormente realizadas e a dependência de outras pessoas constituem desafios. As mudanças corporais mais frequentes foram alterações nas funções do corpo e na sensibilidade, constipação, dor, variação no peso corporal, mudanças estéticas negativas, transpiração corporal assimétrica e espasticidade. As transformações corporais mobilizaram sentimentos e atitudes de superação, indiferença ou insatisfação com a autoimagem. A prática sexual se manteve com a sensação de algum tipo de prazer, apesar ter sido descrita como qualitativamente pior. A qualidade da vida sexual das mulheres entrevistadas piorou pela ausência ou dificuldade de sentir prazer no toque do corpo e frequente anorgasmia. Houve também a percepção do constrangimento de ser um corpo passivo a esperar pelo outro. O autoerotismo pela prática da masturbação permaneceu infrequente depois da lesão medular. **Conclusão:** Houve manutenção da vida sexual, embora menos prazerosa, com menos orgasmos e com atitude de passividade durante a prática sexual.

Palavras-chave: Sexualidade; Mulheres; Lesão medular.

FERREIRA, Danielle Carvalho. **Sexuality after Spinal Cord Injury: The Perception of Women in Teresina – Piauí.** 2021. 72 f. Dissertation (Master's Program in Health Sciences) – Postgraduate Program in Science and Society, Federal University of Piauí, Teresina, 2021.

ABSTRACT

Introduction: Woman's sexuality is related to aspects that go far beyond the sexual act. It involves the complexity of the human being, and integrates feelings, womanhood, sexual desire, self-esteem and subjectivity. The injury of spinal cord can affect physical, psychological and sociocultural aspects of the sexuality in the women stricken by this disability. **Aim:** To know the impact of the spinal cord injury in the sexuality of women cared in the Rehabilitation Integrated Center (CEIR) for disabled persons, Teresina, PI. **Methods:** Descriptive, exploratory, of qualitative approach research. The sample was composed by women selected by convenience. There were carried out 15 interviews guided by structure script until data's saturation, with an average duration of 16 minutes. The inclusion criteria were: women over 18 years old, with report of spinal cord injury of any nature and with at least 6 months of evolution. The criterion for exclusion was: women with cognitive and/or neurological alterations that could difficult the communication and the interview. The data were analyzed and encoded from the categories of analysis previously established in the elaboration of interview's structured script: 1. Biologic and functional aspects of the sexual response; 2. Psychological and emotional aspects of the sexuality; 3. Sociocultural aspects that involves the sexuality. Segments of women's talks were described into all categories of analysis, being possible to identify subcategories. **Results:** The sample was characterized, mostly, by young women, of black race/ethnicity, with both low school attainment and familiar income and up to 8 years of spinal cord injury. By women's report, there were significant biological, psychological and social changes in their livelihood after the spinal cord injury. The need to readapt to the activities anteriorly performed and the dependence on other people constitute challenges. The most frequent physical changes were alterations in body functions and in the sensibility, constipation, pain, weight variation, negative aesthetic changes, asymmetrical body sweating and spasticity. The transformations of the body mobilize feelings and attitudes of overcoming, indifference or dissatisfaction with self-image. The sexual practice kept with the fell of some sort of pleasure, despite of being described as qualitatively worse. Sexual life's quality of interviewed women got worse because of either the lack or the difficulty on feeling pleasure when the body is touched and, frequently, anorgasmia. There also was the perception of the embarrassment of being a passive body waiting by the other. The autoeroticism by the masturbation remained infrequent after the injury. **Conclusion:** There was maintenance of the sexual life, although less pleasant, with fewer orgasms and with an attitude of passivity during sexual practice.

Keywords: Sexuality; Women; Spinal cord injury.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AT – Análise Temática

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEIR – Centro Integrado de Reabilitação

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DA – Disreflexia Autonômica

FSFI – Índice de Função Sexual Feminina

LM – Lesão Medular

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Paciente

PI – Piauí

SQOL-F – Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina

TRM – Traumatismo Raquimedular

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI – Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	Sexualidade e saúde sexual: marcos teóricos	14
3.2	Aspectos biopsicossociais da resposta sexual	16
3.3	Lesão medular: definição, impacto e incidência	18
3.4	Resposta sexual: impactos da lesão medular	21
3.5	Sexualidade pós-lesão medular: aspectos biopsicossociais	24
4	MÉTODOS	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Cenário do estudo	28
4.3	População e amostra	29
4.4	Crterios de inclusão e exclusão	29
4.5	Divulgação da pesquisa	29
4.6	Instrumento de pesquisa	30
4.7	Pré-teste	30
4.8	Entrevista e análise dos dados	31
4.9	Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS	33
5.1	Dados sociodemográficos e da lesão medular	33
5.2	Mudanças na vida após lesão medular	34
5.3	Sexualidade antes da lesão medular	36
5.4	Sexualidade pós-lesão medular	36
5.4.1	Aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual	37
5.4.2	Aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade	40
5.4.3	Aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade	43
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	55

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	59
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	63

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade está relacionada a aspectos que vão muito além do ato sexual. Ela envolve toda a complexidade do ser humano e integra sentimentos, desejo sexual, autoestima e subjetividade (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). A sexualidade é uma função vital na vida do ser humano, além de ofertar sentido e significado à vivência humana; corresponde a uma necessidade biológica e emocional dos indivíduos (VIEIRA *et al.*, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), cada pessoa possui uma vivência particular desenvolvida, a partir de peculiaridades biopsicossociais, históricas e culturais. Tal vivência será constituída de desejos, emoções, sentimentos, crenças e atitudes (WHO, 2006).

Nesse contexto, a sexualidade não deve ser abordada de forma isolada. Deve ser vista a partir de perspectiva holística e multifacetada, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A sexualidade é muito mais abrangente do que a reprodução e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. É evidente que essas questões são importantes, no entanto, é inaceitável o estudo da sexualidade reduzido a elas. As complexidades das experiências vivenciadas no dia a dia, as estruturas sociais em âmbitos local e global, a organização psicossocial do sexo, do corpo e do gênero são intrínsecos à sexualidade (ROHLEDER; FLOWERS, 2008).

A vivência da sexualidade é um processo contínuo, perpassa por todas as fases do desenvolvimento humano e apresenta características específicas e peculiares para cada fase do desenvolvimento em que a pessoa se encontra (MIRANDA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Os contextos socioculturais e a religião influenciam na sexualidade dos indivíduos ao longo da história, e são capazes de alterar concepções, aceitações e vivências relacionadas a ela (VIEIRA *et al.*, 2016). Há uma série de situações que podem afetar a sexualidade de uma pessoa, dentre elas, o acometimento por lesão medular (LM). Mulheres acometidas pela referida deficiência possuem probabilidade maior de apresentar intercorrências na sua sexualidade, inclusive com alterações na autoestima e vulnerabilidade nos relacionamentos, tanto na perspectiva afetiva como na sexual (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; OTERO-VILLAVARDE *et al.*, 2015).

A LM conceitua-se como um trauma que acomete os elementos neurais do canal medular, podendo causar perda parcial ou total da motricidade voluntária e/ou sensibilidade, bem como comprometimento nos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo. Sabe-se que as alterações funcionais decorrentes da LM variam de pessoa para pessoa, de acordo com o tipo da lesão, do segmento e das vias nervosas e dos neurônios da medula envolvidos (COSTA *et al.*, 2014). A LM pode afetar aspectos físicos, psicológicos e socioculturais da sexualidade nas mulheres acometidas por esta deficiência. As alterações físicas que mais dificultam e, às vezes, até impedem a relação sexual são: perda involuntária de urina e/ou fezes, disreflexia autonômica (DA), rigidez muscular, dores, falta ou diminuição da lubrificação e dificuldade de posicionamento durante as preliminares e as relações sexuais (ANDERSON *et al.*, 2007).

As intercorrências físicas podem interferir negativamente nos aspectos psicológicos, na medida em que a mulher pode passar a sentir medo de ter incontinência ou receio de que a relação sexual possa não fluir em decorrência das questões físicas secundárias (ANDERSON *et al.*, 2007). Comumente os aspectos psicológicos após a LM são mais impactados do que os aspectos corporais (SRAMKOVA *et al.*, 2017). Alterações na autoestima e aflições decorrentes das mudanças de vida diária são fatores que podem afetar emocionalmente a sexualidade (ANDERSON *et al.*, 2007; KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008). A conjuntura social também pode influenciar, na medida em que há a visão subjacente de que mulheres com deficiência são assexuadas, e, nesse sentido, torna-se tabu ter relação sexual com uma mulher acometida por lesão medular (ANDERSON *et al.*, 2007).

O estudo sobre a sexualidade da mulher após LM é de grande relevância para a saúde pública. Em decorrência do impacto da LM na vida das mulheres e suas relações, o conhecimento sobre a sexualidade feminina após a lesão medular poderá contribuir para intervenções que visem a melhoria do bem-estar biopsicossocial desse grupo de mulheres. A maioria dos estudos sobre sexualidade e LM incluem o homem como público-alvo, como, por exemplo, o estudo de Barbonetti *et al.* (2021), que aborda a correção entre disfunção erétil e depressão em homens com lesão na medula espinhal; e o de Costa *et al.* (2014), que discorre sobre o perfil e as adaptações sexuais de homens após a lesão medular.

É provável que essas pesquisas sejam mais voltadas para o sexo masculino devido à maior incidência de homens com LM e em função da evidência que é dada à sexualidade masculina. Historicamente, o pilar da sexualidade masculina é a ereção peniana, além disso, aspectos socioculturais evidenciam estereótipos relacionados ao tamanho do pênis e sua associação com a potência sexual, além do impacto da ereção e da penetração peniana no empoderamento masculino. Esses fatores impactam diretamente na sexualidade masculina, especialmente quando as crenças a respeito da virilidade não representam a realidade, desencadeando intercorrências físicas e psicológicas na saúde do homem (BRASIL, 2018).

Embora sejam escassos, existem pesquisas mundiais sobre a sexualidade de mulheres acometidas por LM, a exemplo do estudo de caso-controle de Merghati-Khoei *et al.* (2017), que aborda a vida sexual feminina após lesão na medula espinhal e descreve, em seus resultados, que, após o evento da LM, as mulheres apresentam maior probabilidade de ter vida sexual qualitativamente inferior se comparada ao grupo controle. Outro exemplo é o estudo realizado na Turquia, por Celik *et al.* (2014), alusivo a problemas sexuais de mulheres acometidas por lesão medular, apontando que a minoria das mulheres tem vida sexual ativa após a LM, e, destas, a maior parte apresenta disfunção sexual. Há um destaque maior para estudos sobre a sexualidade e a função reprodutiva, como o artigo de Stoffel *et al.* (2018), intitulado “Fertilidade e sexualidade em paciente com lesão medular”, cujos resultados denotam impacto negativo na excitação e no orgasmo após o acometimento por LM, e, acerca da fertilidade, descrevem que a gravidez é viável, desde que a função reprodutiva já tenha sido retomada. Não existem estudos qualitativos sobre a sexualidade da mulher após LM no Brasil, portanto, esta pesquisa é de grande importância para o conhecimento nesse contexto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres atendidas no Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), em Teresina - PI.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os aspectos psicológicos da sexualidade de mulheres após lesão medular;
- Conhecer os aspectos socioculturais que impactam a sexualidade de mulheres após lesão medular;
- Investigar os aspectos orgânicos da sexualidade de mulheres após lesão medular.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sexualidade e saúde sexual: marcos teóricos

A sexualidade faz parte da vivência humana durante todas as fases do desenvolvimento e é constituinte da personalidade. Desejos, ideias, atitudes, papéis sociais e sexuais são dimensões nas quais a sexualidade pode ser experimentada ou expressa (WHO, 2010). Ela também envolve o sexo, o gênero, a orientação sexual, o erotismo e a reprodução e fatores biológicos, psicológicos, culturais, espirituais e éticos interagem e impactam para a sua vivência (WHO, 2010; WHO, 2017). O exercício da sexualidade livre de violência, de coerção ou de discriminação contribui para o bem-estar sexual das pessoas (WHO, 2017).

A saúde sexual foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a integração de fatores orgânicos, psicossociais e intelectuais do ser sexual. Tal integração deve favorecer a melhoria da personalidade, da comunicação e do amor. O conceito de saúde sexual também se refere ao direito à informação sexual e a perspectiva do prazer sexual (WHO, 2010; WHO, 2017). A saúde sexual está intimamente relacionada à saúde física e emocional das pessoas. Dessa forma, ela também engloba a abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, favorece a vivência sexual prazerosa, em que o respeito e a segurança são requisitos básicos (WHO, 2015; WHO, 2017).

A OMS descreve seis princípios transversais que, interligados, atuam para a promoção da saúde sexual. O primeiro é o da abordagem da saúde sexual de forma abrangente e holística, para além da prevenção e do tratamento de doenças e disfunções sexuais. É fundamental considerar a saúde sexual como um estado de bem-estar geral relacionado à sexualidade. Outro princípio é a abordagem ecológica, reconhecendo a multiplicidade de níveis de influência sobre a saúde sexual, pois é necessário reconhecer fatores que impactam em nível individual, familiar, comunitário, social e político, abrangendo a amplitude da sexualidade (WHO, 2017).

O reconhecimento de que a saúde sexual inclui necessidades que mudam ao longo da vida é outro princípio para sua promoção. A intersecção de fatores individuais, econômicos, políticos e jurídicos pode produzir vulnerabilidades para que

as pessoas possam usufruir de cuidados e intervenções relacionados à saúde sexual. O cumprimento dos direitos humanos relacionados à sexualidade é um princípio essencial para a efetivação da saúde sexual, uma vez que o respeito e a proteção dos direitos sexuais precisam ser assegurados, como o direito ao prazer, a fazer escolhas reprodutivas e a exercer a sexualidade sem violência e discriminação. A abordagem positiva, respeitosa e baseada em evidências científicas é um dos princípios para a boa assistência em saúde sexual, e deve haver garantias de serviços de saúde com estoque de insumos e prestadores de saúde treinados adequadamente (WHO, 2017).

O último princípio implica reconhecer a natureza inter-relacional entre saúde sexual e saúde reprodutiva. Embora a saúde sexual e a reprodutiva apresentem conceitos específicos e únicos, as ações para promoção de uma delas resulta na efetivação e potencialização das ações da outra. A OMS propõe oito áreas de intervenção em saúde sexual e reprodutiva que juntas potencializam a promoção da saúde sexual de forma integral (WHO, 2017). As de saúde sexual são: educação e informação em sexualidade; prevenção da violência de gênero; prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e HIV; aconselhamento psicosssexual; e assistência nas disfunções sexuais. Já a saúde reprodutiva tem como áreas de intervenção: aconselhamento contraceptivo; oferta de cuidados relacionados à fertilidade, ao aborto seguro e ao cuidado antenatal, intraparto e pós-natal (WHO, 2017).

O acesso à saúde sexual deve ocorrer independentemente do sexo, da idade, da orientação sexual, da identidade de gênero, da presença de enfermidade ou deficiência. Os padrões internacionais de direitos humanos garantem o acesso às necessidades e aos serviços e proíbem qualquer tipo de discriminação. A equidade de acesso à saúde é imprescindível para os grupos de populações específicas, independentemente de qualquer situação socioeconômica, étnica, política ou religiosa (WHO, 2015). A estimativa populacional de pessoas com deficiência é de cerca de 10% da população mundial. As necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência devem ser consideradas e valorizadas. No entanto, há vários obstáculos enfrentados por essa população para o acesso a conhecimentos básicos sobre seus corpos, reprodução e função sexual (WHO, 2009).

As pessoas com deficiência física destacam-se por requererem mais atenção dos serviços de saúde sexual (HAWKES, 2014; WHO, 2015). Os profissionais de saúde podem equivocadamente desconsiderar as necessidades sexuais de pessoas com deficiência. Tal atitude certamente é vista de forma negativa para os resultados da saúde e tal inadequação pode ser resultado de treinamentos malsucedidos ou lacunas encontradas nos treinamentos oferecidos (WHO, 2011; WHO, 2015). Existem ainda vários mitos sobre sexualidade e deficiência que prejudicam a saúde sexual de mulheres com deficiência, como a crença de que elas são assexuadas, celibatárias, diferentes e não podem ser mães, que ainda prevalece em muitos cenários (BASSON, 1998). A atividade sexual de pessoas com deficiência ainda pode ser caracterizada como arriscada à saúde física ou conceituada como conduta problemática. Nessa perspectiva, é frequentemente mal estimada, sendo, muitas vezes, alvo de negligência (ROHLEDER; FLOWERS, 2018).

3.2 Aspectos biopsicossociais da resposta sexual

A resposta sexual é resultado da influência mútua de fatores fisiológicos, emocionais e socioculturais. Cada ser humano vivencia a sexualidade de uma maneira particular, e esse tipo de resposta apresenta-se sobretudo na esfera biológica, apesar de ser experienciada nos âmbitos intrapessoal, relacional e contextual (APA, 2013). Kinsey e colaboradores, na década de 1960, a estudaram sob o viés sociocultural: foram realizadas entrevistas referentes ao comportamento sexual de homens e mulheres norte-americanos adultos, coletados por meio de interrogatórios diretos. Esta pesquisa evidenciou aspectos anatômicos e fisiológicos ao estímulo sexual, e contribuiu de forma significativa para o entendimento sociológico da sexualidade humana, principalmente ao questionar a criminalização de práticas sexuais homossexuais e da masturbação no contexto norte-americano à época (KINSEY *et al.*, 1970).

Dez anos mais tarde, Masters e Johnson forneceram a base para o conhecimento atual a respeito das modificações anatômicas e fisiológicas da resposta sexual. As reações corporais que ocorrem quando homens e mulheres respondem ao estímulo sexual foram descritas e sistematizadas de forma inédita. Para tanto, houve observação direta de casais durante a prática sexual para o

registro das modificações corporais aos estímulos sexuais. As respostas sexuais masculina e feminina foram descritas em uma sequência linear e sucessiva de eventos. A credibilidade deste estudo foi subsidiada pela utilização de técnicas validadas de medição fisiológica e pelo uso contínuo de filmagem em todas as fases da resposta sexual (MASTERS; JOHNSON, 1984).

Masters e Johnson descreveram o ciclo da resposta sexual humana em quatro fases: 1) fase de excitação; 2) fase de platô; 3) fase de orgasmo; 4) fase final ou de resolução. A fase de excitação advém de estímulos somáticos ou psíquicos, em que os estímulos são importantes para que haja a tensão sexual. A intensidade da resposta sexual aumenta quando os estímulos são adequados às necessidades de cada indivíduo. Caso haja objeções orgânicas ou psíquicas, ou se for interrompida, esta fase poderá se prolongar excessivamente ou findar. A segunda fase (platô) ocorre quando há continuidade do estímulo sexual efetivo. Nesta fase, há aumento das tensões sexuais, podendo atingir o nível extremo, e, conseqüentemente, o indivíduo tem a possibilidade de alcançar o orgasmo. A fase orgástica é o clímax involuntário que ocorre em segundos, em que a vasodilatação e a miotonia advindas dos estímulos sexuais são libertadas. Na fase de resolução, há a diminuição da tensão, trazendo o indivíduo para o estado não responsivo aos estímulos (MASTERS; JOHNSON, 1984).

O ciclo de resposta sexual sofreu modificações conceituais com a adição da fase de desejo antecedendo a excitação sexual. Este conhecimento possibilitou o diagnóstico do desejo sexual hipoativo e culminou com os estudos clínicos sobre o ciclo de resposta sexual feminina (BASSON, 2000; FERENIDOU *et al.*, 2016). Para Basson, o desejo sexual feminino em relacionamentos de longo prazo perpassa por forças motivacionais relacionadas às suas experiências anteriores. São elas: intimidade com a parceria sexual; confiança; disposição para apresentar-se como um ser vulnerável; respeito; qualidade de comunicação; carinho e prazer relacionados ao estímulo sexual. Assim, na mulher, o desejo sexual envolve questões associadas a reforços que não são exclusivamente sexuais e, muitas vezes, são mais importantes do que o desejo biológico em si (BASSON, 2000).

Esse modelo demonstra que a excitação subjetiva será influenciada pela atenção da mulher aos estímulos sexuais adequados e à sua aptidão para focar naquele instante. A excitação pode provocar congestão reflexa instantaneamente.

Caso haja respostas fisiológicas e, concomitantemente, excitação mental, incluindo emoções e pensamentos, podemos dizer que desejo sexual está presente. Em algumas mulheres, a satisfação é experienciada por meio do orgasmo. Um nível mais elevado de excitação pode facilitar que a mulher permita o recebimento de estímulos mais eróticos, os quais podem não ter sido aceitos anteriormente, ou há também a possibilidade de não terem sido reconhecidos em decorrência de seu estado de despreocupação sexual. Com o passar do tempo, a excitação pode intensificar se mais estímulos eróticos forem introduzidos (BASSON, 2008).

A resposta sexual feminina apresenta variações de acordo com seu estágio de vida, com o contexto e a cultura. A motivação para que as mulheres se envolvam em uma prática sexual foi evidenciada em pesquisa realizada em 2016, apontando que, dentre as razões motivadoras para o sexo, foram destacados o amor, o prazer, o compromisso e a expressão de sentimentos (FERENIDOU *et al.*, 2016). A complexidade da função sexual feminina pode ser percebida por meio de dados clínicos, psicológicos, fisiológicos, exames de imagens cerebrais e exames hormonais (BASSON, 2008). Não é fácil identificar se a presença de queixas sexuais em uma mulher é decorrente de mudanças naturais, se elas estão presentes devido a adequações à conjuntura atual ou se são de fato um problema relacionado à resposta sexual. O desafio ainda é maior quando são incluídas as variáveis referentes à idade, à cultura, ao momento de vida e ao relacionamento atual (TIEFER, 2001; BASSON, 2008).

3.3 Lesão medular: definição, impacto e incidência

A lesão medular é um dos mais severos danos em saúde e ocasiona graves prejuízos fisiológicos e psicossociais (BRASIL, 2015; KRIZ *et al.*, 2017). As principais causas de LM são: acidentes automotivos; quedas; eventos de violência; e lesões adquiridas durante a prática esportiva. Os adultos jovens são geralmente as principais vítimas, com o acometimento obedecendo um viés de gênero. Os homens são 2 a 5 vezes mais acometidos do que as mulheres. A ocorrência da LM aumenta o risco de morte prematura em até 5 vezes em comparação com pessoas sem LM. A gravidade e o nível da LM têm impacto direto no espectro da deficiência (QUADRI *et al.*, 2020). As alterações da LM surgem sobretudo como paralisia ou paresia dos

membros, mudança no tônus muscular, modificações nos reflexos superficiais e profundos, dificuldade para controlar os esfíncteres, disfunções sexuais e modificações autonômicas, e como alterações na sudorese e no controle de temperatura corporal (BRASIL, 2015). Além disso, perda de mobilidade e de sensibilidade, além das disfunções vegetativas e sexuais abaixo do nível da lesão são as principais consequências da LM (SRAMKOVA *et al.*, 2017).

A incidência mundial anual de lesão medular é da ordem de 10,4 a 83 casos por milhão de habitantes por ano, sendo os homens, por volta de 30 anos de idade, as maiores vítimas (WYNDAELE; WYNDAELE, 2006; KARSY; HAWRYLUK, 2019). Nos Estados Unidos, a incidência anual de LM é de cerca de 53 novos casos por milhão de habitantes – aproximadamente 17.810 novos casos anuais. Essa estimativa exclui as pessoas que morrem no momento do acidente, de tal forma que o número aproximado de pessoas vivendo com LM é de 294.000. A idade média à época do evento que causou a LM passou de 29 anos, até a década de 1970, para 43 anos, a partir de 2015. As principais vítimas de LM são homens (78%) que se envolvem em acidentes automobilísticos (38,6%), ou que sofreram quedas (32,2%) (JAIN *et al.*, 2015).

No Brasil, a incidência de traumatismo raquimedular (TRM) é de 40 casos novos por milhão de habitantes por ano, representando aproximadamente 6 a 8 mil. Desses, 20% das vítimas são mulheres e 60% têm idade entre 10 e 30 anos. As lesões traumáticas representam cerca de 80% dos casos. Há controvérsias em relação à etiologia predominante em estudos brasileiros. As pesquisas realizadas em centros de reabilitação apontam os acidentes de trânsito como a causa principal de LM, seguida dos acidentes com arma de fogo. Os estudos dos centros de referência em traumatologia de São Paulo, por sua vez, apontam as quedas como a principal causa de LM. É interessante salientar que os últimos estudos apontam a minimização da incidência de acidentes de trânsito, havendo aumento apenas em acidentes envolvendo motocicletas. As lesões não traumáticas abrangem várias patologias: tumores, deformidades na coluna, hérnia de disco, isquemia, dentre outras (BRASIL, 2015).

Estudo epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular em tratamento, em um centro integrado de reabilitação em Teresina-PI, demonstrou que a minoria da amostra pesquisada é de mulheres (18,2%), na faixa etária entre 40 e

49 anos, com escolaridade de até 11 anos de estudo. Quanto às variáveis relacionadas ao trauma raquimedular, o principal fator causal foi acidente automobilístico, com predomínio de lesões na coluna cervical e sequela de tetraplegia (LEMOS *et al.*, 2017). Outro estudo realizado em Teresina-PI, com 21 participantes de ambos os sexos acometidos por LM, demonstrou diferenças significativas na quantidade de pessoas na amostra em relação aos sexos, em que o feminino representou apenas 10% da amostra. As causas mais prevalentes foram acidentes com motocicleta e acidentes com arma de fogo. A faixa etária variou entre 21 e 60 anos, sendo que 70% dos entrevistados tinham entre 21 e 30 anos. Em relação à escolaridade, a amostra do referido estudo variou entre ensino fundamental e ensino superior completo. No que se refere ao estado civil, houve um equilíbrio entre casados e solteiros (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Dados da República Tcheca apontam que, entre os anos de 2006 e 2015, houve 250 a 300 novos casos de lesão medular por ano, correspondendo a 25 casos por milhão de habitantes. A incidência foi menor em mulheres (23,6%), representando um terço das pessoas acometidas. Quanto à causa da LM, as quedas foram as mais frequentes (44,5%), seguidas de acidentes automobilísticos (28,2%) (KRIZ *et al.*, 2017). As lesões não traumáticas apresentaram volume menor de ocorrência, porém com tendência a aumentar com o envelhecimento da população. Nesse tipo de lesão, as mais frequentes foram as inflamatórias, seguidas de tumores e lesões vasculares. A média de idade, no período do incidente que causou a LM, é 49,1 anos. As lesões motoras incompletas possuem maior chance de ocorrência (KRIZ *et al.*, 2017; SRAMKOVA *et al.*, 2017).

Há escassez de dados atualizados a respeito da prevalência mundial da lesão medular de causa traumática. Pesquisa bibliográfica foi realizada compreendendo o período de 1959 a 2011, com aplicação de um modelo de regressão para cálculo de estimativa da prevalência mundial e regional de LM. A prevalência global foi de 236 a 4.187 casos por milhão de habitantes, em que os Estados Unidos lideram a prevalência global (LEE *et al.*, 2014). As causas mais comuns foram os acidentes automobilísticos e as quedas. Estudo de base populacional foi realizado em 2008 para estimar a prevalência traumática de LM no Irã, identificando que essa variou entre 1,2 e 11,4 casos por 10.000 pessoas (RAHIMI-MOVAGHAR *et al.*, 2009).

3.4 Resposta sexual: impactos da lesão medular

A LM pode afetar todas as fases do ciclo de resposta sexual das mulheres (BASSON, 1998). O desejo sexual é resultado de um conjunto de fatores orgânicos (neurotransmissores), psicogênicos (intimidade, recompensa não sexual) e socioculturais (BASSON, 2001). O trauma emocional associado à LM pode diminuir o desejo sexual, além do uso de medicamentos e da depressão consequentes ao acometimento medular (KRASSIOUKOV; ELLIOT, 2017). As intercorrências físicas, como incontinência urinária e/ou intestinal, DA, espasticidade, dor, ausência ou diminuição significativa de lubrificação e dificuldade de posicionamento durante as relações sexuais podem interferir negativamente no desejo sexual (BASSON, 1998; KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; THRUSSELL *et al.*, 2018).

O nível da lesão importa para o impacto sobre a resposta sexual autonômica, especialmente nas fases de excitação e orgasmo (HESS; HOUGH, 2012; KRASSIOUKOV; ELLIOT, 2017). Em condições de integridade da medula espinhal, os estímulos sexuais oriundos de fantasias, tato, olfato, audição, visão e gustação chegam no centro medular toracolombar (vértebras T12-L1), responsável pela excitação sexual psicogênica. Em seguida, provoca a excitação reflexogênica, agindo no centro medular sacral (vértebras S1-S2). O estímulo tátil direto nos genitais também aciona a excitação reflexogênica e, ao mesmo tempo, o centro toracolombar, provocando a percepção sensorial dos eventos vasocongestivos genitais. A ativação de ambos os centros medulares toracolombar e sacral resulta em vasodilatação genital, intumescimento do tecido erétil do clítoris, lubrificação e alongamento da vagina e do útero (KRASSIOUKOV; ELLIOT, 2017).

Na LM recente, há perda da capacidade de ter excitação reflexa, e a percepção sensorial da excitação genital fica impedida em LM altas que ocorrem acima da décima vértebra torácica (T10), embora a excitação reflexogênica ocorra. Nas lesões baixas, que acometem apenas a coluna sacral, a excitação reflexa fica comprometida (KRASSIOUKOV; ELLIO, 2017). Quanto ao orgasmo, as sensações genitais prazerosas de liberação da vasocongestão genital e da tensão sexual dependem da integridade do arco reflexo sacral. Assim, pode haver comprometimento dessas sensações e da sua percepção cerebral em LM que acomete a medula sacral (vértebras S1-S2). No entanto, o orgasmo pode ser sentido

por estimulação não genital (mamilos e outras áreas do corpo), e por meio de estímulos psicogênicos, como fantasias sexuais. A intimidade emocional também pode ser um potente estímulo psicogênico para o orgasmo (HESS; HOUGH, 2012; KRASSIOUKOV; ELLIOT, 2017).

Dados sobre a vida sexual de 545 mulheres pós-lesão medular, em um grupo de países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Islândia), foram publicados em 2008 e apresentam como resultado: a prática sexual com parceiro foi relatada por 80% das mulheres, com início nos 2 primeiros anos depois da LM (85%); houve comprometimento nos domínios do desejo sexual, da excitação genital, do orgasmo e da satisfação sexual em comparação com o período antes da LM; as mulheres perceberam a necessidade de estimulação sexual mais longa e intensa para sentir prazer; as fantasias sexuais e o estímulo auditivo foram mais importantes que as carícias com toque e beijo para despertar a excitação; a masturbação foi mais frequente naquelas que tinham sensação genital preservada; e cerca de um terço das mulheres, após a LM, não experimentaram orgasmo, mas havia satisfação psicológica com gratificação emocional (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008).

Em uma pesquisa realizada por meio de questionário com perguntas abertas sobre o funcionamento e a vida sexual de 532 mulheres nórdicas após LM, publicada em 2011, a maioria das entrevistadas informou que a vida sexual piorou após a LM, com relações sexuais menos frequentes e menor desejo sexual. A queixa de menor sensibilidade genital era compensada com fantasias sexuais e pensamentos de como era o sexo antes da LM. Assistir à prática sexual com a ajuda de um espelho, beijos e carícias em zonas erógenas não genitais, estímulos mais fortes e longos no clitóris foram maneiras adotadas para compensar a perda de sensibilidade (KREUTER *et al.*, 2011). Estudo realizado na Turquia analisou a sexualidade de 26 mulheres com mais de 6 meses da LM. Apenas 30,7% delas informaram manter vida sexual ativa após a LM. A presença de disfunção sexual foi evidenciada em 62,5% das mulheres sexualmente ativas, com aplicação do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (CELIK *et al.*, 2014).

A satisfação sexual de 32 mulheres espanholas após LM foi avaliada em estudo quantitativo publicado em 2015. Houve diminuição da frequência de relações sexuais após a LM relatada por 39% das mulheres, motivada pela falta de

sensibilidade nos genitais. Em contrapartida, 66% das mulheres informaram que estavam satisfeitas com a vida sexual após a LM. As mulheres experimentaram excitação sexual psicogênica (42%), excitação sexual com estimulação física em áreas erógenas (56%), estimulação de zonas erógenas acima da lesão (53,1%), e orgasmo (37%). Para 37% das mulheres desta amostra, a qualidade de vida foi impactada positivamente pela melhora da vida sexual (OTERO-VILLAVARDE *et al.*, 2015).

Estudo realizado na República Checa avaliou a resposta sexual de 30 mulheres pós-lesão medular LM, em 2017, apontando que a disfunção sexual foi encontrada em 77% das mulheres pesquisadas, com destaque para a dificuldade de lubrificação (46,6%) e a ausência de orgasmo (73,4%). Os aspectos que influenciaram negativamente a resposta sexual foram: sensibilidade diminuída (53%); espasmos e dificuldade de mobilidade (40%); desejo sexual hipoativo (36%); e dor (13%) (SRAMKOVA *et al.*, 2017). Estudo de caso-controle investigou a associação entre a presença de LM e a função sexual, e a qualidade de vida sexual de mulheres iranianas, em que os grupos de caso (31 mulheres pós-lesão medular) e de controle (31 mulheres sem LM) foram avaliados por meio do FSFI e do Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (SQOL-F). Apenas 3,2% das mulheres de ambos os grupos apresentaram disfunções sexuais, sendo o domínio do desejo sexual o mais afetado. No entanto, as mulheres, após a LM, tiveram 4,2 vezes mais chances de ter qualidade de vida sexual moderada ou ruim em comparação com o grupo de mulheres sem LM (MERGHATI-KHOEI *et al.*, 2017).

Estudo qualitativo realizado com 20 mulheres norte-americanas mostrou os obstáculos orgânicos após LM sobre a resposta sexual: incontinência urinária e fecal, dor, fadiga e perda sensorial impactaram negativamente a satisfação sexual, especialmente em relacionamentos íntimos recentes (FRITZ; DILLAWAY; LYSACK, 2015). Dados de estudo qualitativo com 27 mulheres após LM, no Reino Unido, foram publicados em 2018, e denotam que os impactos físicos da LM na resposta sexual foram prevalentes, como sensação vaginal ausente ou alterada, redução de desejo sexual, excitação, orgasmo e satisfação. Os estímulos sexuais em áreas erógenas acima da lesão contribuíam para o orgasmo e as mulheres descreveram a perda urinária e fecal na prática sexual como embaraçosa, angustiante e horrível.

Houve relatos de a vida sexual girar em torno do funcionamento urinário e fecal, impactando na qualidade de vida (THRUSSELL *et al.*, 2018).

3.5 Sexualidade pós-lesão medular: aspectos biopsicossociais

A sexualidade nas mulheres acometidas por LM é afetada nas dimensões orgânicas, psicológicas e socioculturais (THRUSSELL *et al.*, 2018). No estudo realizado nos países nórdicos, em 2008, a autoconfiança sexual das mulheres foi prejudicada: cerca de um terço delas relatou se sentir menos atraente fisicamente e 66% não se sentiam capazes de atrair um parceiro; para 50% das mulheres, a importância do sexo diminuiu após a LM, especialmente para aquelas com sensação genital prejudicada ou ausente. Os motivos para sentir menos desejo sexual e fazer menos sexo do que gostaria foram descritos pelas mulheres, e os relatos incluíram a perda sensorial (44%), a incapacidade de sentir orgasmo (32%), a redução do desejo (31%), a diminuição de mobilidade e dor (29%), o medo de perder urina e fezes (25%) e a dificuldade de posicionamento (21%). Os problemas que dificultaram a prática sexual extrapolaram os aspectos físicos já descritos, uma vez que fatores psicológicos após a LM afetaram negativamente a sexualidade, como a baixa autoestima e a angústia aliadas à distração da vida diária. A falta de aproximação emocional com o parceiro e não ter parceiro foram fatores interpessoais que prejudicaram a sexualidade dessas mulheres (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008).

A LM impõe maior suscetibilidade a problemas de identidade sexual, autoestima e dificuldades para relacionamento afetivo e sexual com parceiros novos ou antigos (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; OTERO-VILLAVERDE *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, as mulheres precisam empoderar-se e passar por um processo de ressignificação, para que consigam aceitar as mudanças ocorridas no corpo e mudar a visão de si mesmas, passando a se perceberem com capacidade de vivenciar a sexualidade de forma satisfatória (FRITZ; DILLAWAY; LYSACK, 2015; OTERO-VILLAVERDE *et al.*, 2015). Em mulheres com LM, os aspectos psicológicos são os que mais afetam a sexualidade em comparação com os aspectos corporais em si. Elas buscam menos ajuda médica para tratar de assuntos relacionados à sexualidade, se comparadas aos homens.

Em detrimento disso, normalmente conhecem menos o corpo e os assuntos relacionados à sexualidade (SRAMKOVA *et al.*, 2017).

A sexualidade de 20 mulheres norte-americanas pós-lesão medular foi investigada por meio de entrevistas em profundidade. Este estudo qualitativo, publicado em 2015, destacou, na fala das mulheres, o valor da intimidade sexual como parte importante das suas vidas. A intimidade sexual foi descrita como uma necessidade humana essencial e relacionada à qualidade de vida. Relatos de insatisfação sexual foram associados à situação do relacionamento com os parceiros, à falta de habilidade e de desejo sexual deles, à menor frequência de práticas sexuais e à falta de parceiro. A percepção de envelhecer rápido após a LM foi revelada como um desafio para a feminilidade e a intimidade sexual. Problemas relacionados à autoestima, à identidade sexual foram descritos como capazes de afetar a autoconfiança para iniciar relacionamentos íntimos e sexuais (FRITZ; DILLAWAY; LYSACK, 2015).

O manejo das dificuldades sexuais ocasionadas pela LM foi descrito no estudo com mulheres nórdicas, em 2011. A maioria das mulheres salientaram que a estimulação física de áreas erógenas com sensibilidade, massagem e a realização de preliminares longas e de qualidade foram as melhores atitudes dos parceiros para aumentar o prazer sexual delas. Os aspectos emocionais foram valorizados, destacando a atitude dos parceiros em demonstrar interesse sexual por elas, além de afeto, proximidade, atenção e aceitação. As reações positivas dos parceiros nas situações de incontinência urinária e fecal foram de grande importância para o funcionamento sexual satisfatório delas. As mulheres também evidenciaram a importância de poder conversar e compartilhar com eles a respeito dos sentimentos e da ansiedade relacionados à prática sexual. As dicas sugeridas por elas incluíam relaxar, fantasiar, aceitar a autoimagem corporal, explorar novas sensações com vibrador e massagem (KREUTER *et al.*, 2011).

As consequências psicológicas da LM sobre a sexualidade foram evidenciadas no estudo qualitativo no Reino Unido. A ansiedade sobre a capacidade de satisfazer o parceiro, quando iniciar e como se colocar na prática sexual, a vulnerabilidade física e o risco de lesões foram descritos pelas mulheres. A autoconfiança e a satisfação com a autoimagem corporal foram prejudicadas por vários fatores: ganho de peso, presença de cicatrizes e dificuldade em se

reconhecer “sexy” impactaram negativamente a sexualidade. Outros aspectos, como a dependência do parceiro para administrar a prática sexual, geraram sentimento de culpa, frustração e confusão entre os papéis de cuidador e amante, com resultados negativos no desejo sexual. Mesmo nesse contexto de perda da espontaneidade sexual e da incapacidade para ter orgasmo, as mulheres descreveram o sexo como uma experiência emocionalmente válida, positiva e gratificante (THRUSSELL *et al.*, 2018), pois a sexualidade vivenciada de forma prazerosa contribui para o aumento da autoestima, e, conseqüentemente favorece a melhoria na qualidade de vida (OTERO-VILLAVARDE *et al.*, 2015).

As mudanças físicas após a LM são irreversíveis, causando dependência, impacto psicológico e nos relacionamentos. No entanto, a reabilitação sexual, realizada por profissionais de saúde, pode modificar o impacto psicológico e nos relacionamentos, resultando em melhoria na vida sexual pós-LM (THRUSSELL *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, pessoas acometidas por lesão medular precisam se reinventar e se adaptar ao novo corpo e à nova conjuntura. Para estabelecer sua nova imagem corporal, a pessoa com lesão medular precisa conhecer suas limitações e modificações em uma nova vivência do próprio corpo (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008); é necessário se conhecer para vivenciar a sexualidade de forma bem sucedida. Os profissionais de saúde possuem papel fundamental na discussão, orientação e facilitação da resignificação da sexualidade das mulheres pós-LM (KREUTER *et al.*, 2011; MERGHATI-KHOEI *et al.*, 2017; THRUSSELL *et al.*, 2018).

As evidências mostram que a maioria das mulheres pós-LM não recebem informação e aconselhamento a respeito do impacto desse tipo de lesão sobre a sexualidade (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; CELIK *et al.*, 2014; (THRUSSELL *et al.*, 2018). Aproximadamente 61% das mulheres nórdicas relataram não receber informações e 40% delas informaram que gostariam de receber aconselhamento quando estivessem prontas para tal (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008). Informações sobre sexualidade, saúde sexual e gravidez deixaram de ser ofertadas para 92,3% das mulheres, em estudo realizado na Turquia (CELIK *et al.*, 2014). Em estudo qualitativo norte-americano, a experiência das mulheres, de receber educação sexual após LM por profissionais de saúde, foi uma exceção. As informações foram reduzidas ao risco de gravidez e às

recomendações sobre anticoncepção. Nenhuma orientação foi ofertada sobre como lidar com posicionamento na prática sexual, com incontinência urinária e fecal e com estímulos adequados para o prazer sexual. As mulheres se queixaram da insegurança em permitir a prática sexual pelo risco de serem machucadas. A maioria delas informou acerca da indisponibilidade de acesso às informações sobre sexualidade nas fases iniciais da reabilitação (FRITZ; DILLAWAY; LYSACK, 2015).

A lesão medular pode alterar, de forma significativa, a função sexual das mulheres, porém esse desfecho não será necessariamente considerado uma disfunção sexual (MERGHATI-KHOEI *et al.*, 2017), pois, apesar da possível alteração na sexualidade, as mulheres acometidas por lesão medular podem ter vivência sexual ativa e prazerosa (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008). A aceitação das mudanças de resposta sexual e a informação prévia dessas mudanças pela equipe de atendimento em saúde são facilitadores para a vida sexual exitosa. Recomenda-se a orientação e o aconselhamento sexuais logo após o diagnóstico da lesão medular. A equipe de saúde é responsável pela prestação dos referidos serviços, destinados às mulheres e aos seus parceiros, durante todo o processo de reabilitação (KREUTER *et al.*, 2011; MERGHATI-KHOEI *et al.*, 2017; THRUSSELL *et al.*, 2018). Essa reabilitação da sexualidade desse público deve ter abordagem holística que contemple os aspectos orgânicos, psicológicos e interpessoais e deve focar no encorajamento da autoestima positiva e no aconselhamento aos parceiros, ajustando o casal (KREUTER *et al.*, 2011; THRUSSELL *et al.*, 2018).

Essa abordagem holística da sexualidade das mulheres pós-LM é concordante com o modelo social da deficiência que rompe com concepções redutoras da compreensão do fenômeno apenas relativa às lesões e às limitações corporais. Esse modelo compreende que as mulheres com deficiência vivenciam exclusão nos diversos contextos culturais, em função de terem uma lesão, e que não podem reproduzir a contento os papéis sociais de mulher e mãe. É imprescindível ampliar a atenção a esta população, e, sobretudo, revisar os discursos normativos de gênero e deficiência, para que, finalmente, o debate biomédico seja extinto, e a compreensão da deficiência passe a ser entendida além da doença. Nessa conjuntura, as políticas públicas são responsáveis por favorecer condições de participação social a esse grupo populacional (VIEIRA *et al.*, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. A análise temática (AT) foi o método escolhido para esta pesquisa, em decorrência da sua possibilidade de identificação, análise, interpretação e relato de padrões (temas), a partir dos dados qualitativos coletados nas entrevistas com as mulheres acometidas por LM. Com a análise temática, foi possível organizar e descrever detalhes importantes do banco de dados, gerando, assim, uma análise interpretativa acerca dos referidos dados. O processo da análise temática desta investigação iniciou com a procura de padrões de significados e temas de interesse da pesquisa, perpassou por verificação aprofundada entre banco de dados, trechos codificados e análise de dados, foi elaborado a partir desses trechos e finalizado com um relatório dos padrões (temas) dos dados (SOUZA, 2019).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Centro Integrado que Reabilitação (CEIR). Este centro de habilitação/reabilitação é o maior do Piauí e é referência nos atendimentos de média e alta complexidade voltados para pacientes com deficiência físico-motora, intelectual, auditiva e pós-Covid-19. O CEIR é qualificado pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) III. Gerido pela Associação Reabilitar, organização social sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública e de interesse social, a instituição é resultado de uma ação do Governo do Estado em parceria com o Governo Federal (ALVES, 2016).

Quando da realização da pesquisa, o CEIR contava com 3.764 pacientes em atendimento, que inclui consultas médicas clínicas, de nutrição, de enfermagem, ambulatório de espasticidade, concessão de cadeiras de rodas, de próteses e órteses, além dos programas de reabilitação. No período, 324 pacientes estavam em processo de reabilitação por deficiência físico-motora; 173 em reabilitação na deficiência intelectual; 10 em reabilitação na deficiência auditiva; e 68 em reabilitação na clínica de pós-Covid-19. Do total de pacientes em atendimento, 224

eram acometidos por lesão medular, sendo 61 do sexo feminino e 163 do sexo masculino (Dados obtidos no Sistema de Prontuário eletrônico do CEIR).

4.3 População e amostra (Participantes)

A amostra foi composta por mulheres acometidas por LM atendidas no CEIR e selecionadas por conveniência, convidadas a participar de entrevistas presenciais, que ocorreram nos dias em que elas já tinham consultas ou terapias agendadas previamente. Foram entrevistadas 15 mulheres acometidas por lesão medular até que as respostas às perguntas norteadoras se mostraram repetitivas, configurando a saturação teórica dos dados.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: mulheres atendidas no CEIR, com diagnóstico de lesão medular de qualquer natureza, com no mínimo seis meses de acometimento e idade a partir de 18 anos – faixa etária de início da maioridade penal, e que, portanto, não ocasiona problemas jurídicos acerca da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi de mulheres com alterações cognitivas e/ou neurológicas observadas na conversa com elas, o que poderia dificultar a comunicação e a entrevista.

4.5 Divulgação da pesquisa

A pesquisadora realizou um levantamento nos prontuários para acessar os dados de contato de mulheres acometidas por lesão medular e buscou as datas de atendimento dessas pacientes no sistema de consultas e exames do CEIR. Como estratégias de divulgação da investigação, fez contato telefônico inicial com as mulheres para apresentar a pesquisa e convidá-las a participar. Também foi realizada divulgação nos grupos de atendimento e de terapia ofertados às mulheres atendidas no CEIR. Outra estratégia incluiu a divulgação da pesquisa junto aos profissionais de saúde nos seus grupos de trabalho.

4.6 Instrumento de pesquisa

Foi utilizado um roteiro de entrevista qualitativa com perguntas abertas (APÊNDICE A). Essa escolha foi devido a sua utilidade como método de pesquisa que proporciona o contato com atitudes e valores dos entrevistados. Perguntas abertas e flexíveis propiciam respostas mais ponderadas se comparadas a perguntas fechadas, portanto, permitem acesso mais adequado às percepções e às interpretações das vivências, aos entendimentos e às opiniões dos participantes (SILVERMAN, 2009). As entrevistas foram constituídas por três blocos: no primeiro tópico, continham perguntas acerca de dados sociodemográficos, tais como idade, com quem residiam, cor de pele, escolaridade, situação de atividade laboral antes e após a lesão medular, renda familiar; o segundo tópico abordou perguntas sobre a lesão medular (quando e como ocorreu) e o impacto na vida pessoal; o terceiro incluiu questionamento sobre a vivência da sexualidade nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais antes e após a lesão medular.

As perguntas relacionadas aos aspectos biológicos foram referentes às sensações e percepções físicas no contexto atual e se houve mudanças em relação ao período anterior à LM. Já as perguntas alusivas aos aspectos psicológicos são associadas às emoções, à autoimagem, à autoestima e à sensação de prazer. Os questionamentos sobre os aspectos sociais foram relativos ao “sentir-se mulher” e às crenças sobre as modificações no contexto de vida. As demais perguntas englobaram a sexualidade nos três aspectos mencionados acima, e abrangeram questionamento a respeito das mudanças nos relacionamentos intrapessoais e interpessoais.

4.7 Pré-teste

Um estudo piloto foi desenvolvido com a finalidade de treinar a pesquisadora para as entrevistas, além de testar e aprimorar o instrumento de pesquisa. O roteiro de entrevista foi avaliado em relação à clareza e à pertinência dos questionamentos aplicados em cada tópico e sua adequação aos objetivos. O roteiro de entrevista foi ofertado a cinco mulheres. Nesse momento, foram analisadas as dificuldades para realizar as entrevistas, a compreensão das perguntas e o tempo dispendido para

respondê-las. Após a realização dos ajustes necessários no roteiro de perguntas, as respostas do pré-teste foram excluídas da pesquisa.

4.8 Entrevista e análise dos dados

Realizado o contato inicial com as mulheres, a pesquisadora explicou o objetivo da pesquisa e as razões que motivaram a sua realização. Após o consentimento delas em participar, foi oferecido o TCLE (APÊNDICE B) para assinatura. As entrevistas foram realizadas em uma sala de atendimento individual, no referido centro, para que fossem garantidos o sigilo e a privacidade das entrevistadas. No momento da entrevista, cada participante ficou sozinha com a pesquisadora, para que não houvesse interferências e o diálogo tivesse melhor qualidade. As entrevistas foram gravadas com um aparelho de mídia digital, com o intuito de garantir a fidedignidade da fala das entrevistadas e evitar a perda de informações. Em seguida, as falas foram transcritas na íntegra, sem devolução às mulheres para acréscimo de comentários ou correção. Notas de campo foram registradas após as entrevistas, e, após as transcrições, os áudios foram destruídos.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora no período de 30 de agosto de 2019 a 28 de janeiro de 2020, com tempo médio de, aproximadamente, 16 minutos, sendo que a entrevista mais curta foi realizada em 10,02 minutos e a mais longa decorreu em 22,42 minutos. Os dados foram analisados e codificados a partir das categorias de análise previamente estabelecidas na elaboração do roteiro estruturado de entrevista: 1. Aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual; 2. Aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade; 3. Aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade. Trechos das falas das mulheres foram descritas em todas as categorias de análise, sendo possível identificar subcategorias.

4.9 Aspectos éticos

A participação das mulheres nesta pesquisa foi de forma livre e voluntária. Elas não foram identificadas, mantendo-se, portanto, o anonimato, e as informações que ofereceram foram mantidas em sigilo e utilizadas apenas para a realização deste estudo. As participantes não tiveram despesas e também não ganharam

vantagens financeiras para participar. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 2012 (BRASIL, 2013), e nº 510, de 2016 (BRASIL, 2016) que regulamentam a pesquisa com seres humanos. Foi aprovada no dia 1º de julho de 2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Petrônio Portela, sob o parecer N° 3.429.583 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 16338019.1.0000.5214 (ANEXO A). Os riscos de participar desta pesquisa foram mínimos e estavam relacionados ao constrangimento em responder a entrevista. Antes do início da pesquisa, foi esclarecido que as mulheres poderiam encerrar a participação caso sentissem algum tipo de desconforto ou mal-estar para responder a entrevista. A pesquisadora daria assistência às participantes que, porventura, se sentissem desconfortáveis. As mulheres tinham a liberdade para retirar seu consentimento ou sua participação em qualquer instante de andamento da pesquisa e, também, o direito de serem informadas sobre os resultados parciais do trabalho.

Os benefícios desta pesquisa relacionam-se ao conhecimento da percepção das mulheres sobre as mudanças no corpo, nas emoções, no relacionamento delas com o parceiro e como elas vivenciam a sexualidade depois da lesão medular, uma vez que existem poucas pesquisas neste âmbito, e os resultados poderão influenciar a melhoria do atendimento a este público.

5 RESULTADOS

5.1 Dados sociodemográficos e da lesão medular

A amostra das mulheres desta pesquisa apresentou, na sua maioria, faixa etária entre 31 e 40 anos (40,0%), cor de pele parda/preta (86,6%), escolaridade de até 11 anos de estudo (66,7%), renda familiar até 2 salários mínimos (80,0%) e reside com cônjuge (66,7%). Na maioria das mulheres, a LM foi causada por acidente de trânsito (60%). Na maior parte dos relatos, o acometimento por lesão medular foi entre 5 a 8 anos (46,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das mulheres segundo variáveis sociodemográficas e da lesão medular. Teresina-PI, 2020

Características	N	%
Idade (anos)		
18 a 30	4	26,7
31 a 40	6	40,0
> 40	5	33,3
Cor da pele		
Amarela / indígena	1	6,7
Branca	1	6,7
Parda / Preta	13	86,6
Escolaridade (anos)		
Até 11	10	66,7
> 11	5	33,3
Renda Familiar (salários)		
Até 2	12	80,0
> 2	3	20,0
Conjugalidade		
Não	5	33,3
Sim	10	66,7
Tempo de lesão medular (anos)		
<2	3	20,0
2 a 5	2	13,3
5 a 8	7	46,7
>8	3	20,0
Causa da lesão medular		
Acidentes de trânsito	9	60,0
Tumor/mielite	4	26,6
Acidente com arma de fogo	1	6,7
Acidente anestésico	1	6,7
TOTAL	15	100

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Mudanças na vida após lesão medular

Pelo relato de todas as mulheres, a vida mudou em vários aspectos após a LM. A percepção da mudança de vida foi descrita pela participante (P10) ao falar: “[...] ow falta de tomar um banho em pé debaixo do chuveiro, bem gostoso [...]”. O aspecto mais destacado da mudança de vida foi passar a depender de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária. P13 destacou: “[...] a gente tinha uma vida toda caminhando, fazendo de tudo e, de repente, a gente se viu em meio de tá só pelas mãos de outras pessoas [...]”. Outro destaque na fala das mulheres está relacionado à incapacidade para o trabalho que realizavam antes da LM e à dificuldade de se adaptarem para a realização desse trabalho. “Tem muita coisa que eu não posso fazer. Por exemplo, vasculhar a casa, eu não posso”, contou P14.

A mudança de vida após a LM também despertou sentimentos ambivalentes na fala das mulheres: “[...] eu levo a vida nor... não normal, porque é incapaz de ser normal, mas eu tento levar como se fosse normal”, destacou P5. P12 contou que a lesão medular trouxe aspectos positivos para sua vida: “[...] antes eu era muito ignorante, incompreensiva, acho que foi pra mim pensar melhor na vida, me envolvi com coisas boas”. O sentimento de esperança em voltar a realizar atividades que anteriormente conseguia executar também é evidente na fala das mulheres, como destacou P14: “[...] mas eu tenho vontade de voltar a andar, com fé em Deus, um dia eu ando e vou ser mais.”

As mulheres entrevistadas nesta pesquisa observaram mudanças corporais após a lesão medular, as mais frequentes são alterações nas funções do corpo, na sensibilidade (sensação de dormência, formigamento e queimação), constipação, dor, variação no peso corporal, mudanças estéticas negativas, transpiração corporal assimétrica e espasticidade. A maioria delas referiram que as mudanças corporais implicaram maior dificuldade nas práticas de autocuidado. Muitas passaram a usar fralda, sonda de alívio ou a fazer cateterismo vesical. “Mudou muito, porque eu tenho bexiga neurogênica, eu uso sonda de alívio toda vez que eu vou fazer xixi”, descreveu P8. De acordo com a narrativa das mulheres, essas mudanças no aparelho urinário desencadearam escaras e infecções urinárias, prejudicando o processo de reabilitação, como descreveu P14: “[...] aí, veio essa infecção, aí, pronto, a mulher enfraquece, aí, suspende fisioterapia [...]”.

Na narrativa das mulheres, observa-se constrangimento ao necessitar de ajuda de outras pessoas para auxiliá-las nas necessidades fisiológicas, como relatou P9: “[...] em relação ao intestino, já é um pouco mais complicado, preciso de ajuda da mãe, em relação a isso, é um pouco constrangedor”. As mudanças corporais também resultaram em alterações na autoestima, como descreveu P3: “Acho feio... só essa barriga, mata”. A perda de massa muscular também se destacou entre as mudanças corporais descritas, como narrou a P5: “[...] eu sinto a sensação nas minhas pernas, tem vez que eu penso que ela tá afinando, aí, tipo, eu fico assim meio com vergonha”. A necessidade de readaptação do corpo foi outro destaque na fala das mulheres: “Porque a gente também precisa procurar coisas pra que a gente se adapte, porque se você não for atrás, você pensa que você tá num mundo sem nada [...]”, contou P13.

A percepção da autoestima e das emoções variou de forma significativa entre as mulheres. Algumas entrevistadas descreveram as emoções e a autoestima de forma positiva após a lesão medular: “[...] me sinto uma mulher inteira, eu não me sinto um pedacinho, não, uma mulher como qualquer outra [...]”, descreveu P12. Uma das mulheres narrou que, após a LM, ficou mais vaidosa: “Depois que eu fiquei assim, eu me surpreendi. Comecei a ficar mais vaidosa ainda, agora o porquê eu não sei te explicar”, contou a P9. Já algumas mulheres apresentaram expressiva diminuição da autoestima e emoções negativas após a LM, como relatou a P2: “[...] eu ainda não me sinto preparada, questão de se sentir linda, empoderada, eu me sinto ainda retraída quanto a minha imagem, não tive total aceitação da situação que eu me encontro hoje”.

Algumas mulheres narraram que a autoestima flutua entre positiva e negativa, como expôs P5: “Tem dia que você acorda assim e parece que nem um batonzinho dá um jeito, sabe? Mas tem dia que eu até me acho bonitinha, por incrível que pareça [...]”. Outras mulheres demonstraram ignorar suas emoções e autopercepções, seja tratando esses aspectos apenas como superação, como descreveu a P4: “Só isso mulher, guerreira, porque eu já passei várias coisas e suportei”; ou descrevendo incômodo relacionado apenas à perda da marcha. “Eu não tou nem assim com essas coisas assim, mermã, eu tou incomodada sem andar”, disse P14.

5.3 Sexualidade antes da lesão medular

Em relação à prática sexual antes da LM, o relato foi frequente na fala das participantes. P2 contou “Eu tinha uma vida bem ativa, namorava muito”. P6 falou de forma semelhante, que “Antes era bem, como é que diz, ativa”. Apenas a P9 não havia tido relações sexuais antes da LM e nem até o momento da entrevista: “[...] eu assim não tenho experiência assim, não, mas claro que sinto vontade, desejos, não vou mentir”. Das mulheres que já haviam praticado sexo no decorrer da vida, apenas duas não estavam sexualmente ativas no período em que ocorreu a LM, ambas narraram que estavam separadas e sem parceiro há algum tempo. “[...] me separei mesmo, tinha 7 anos. Já morava só”, descreveu P7.” A prática de masturbação antes da LM foi descrita como infrequente. “[...] eu me tocava, sentia, agora, não [...]”, contou P11. Já outras mulheres descreveram não gostar de se masturbar. “Não, esse tipo de coisa aí, eu nunca gostei, não”, contou P15.

5.4 Sexualidade pós-lesão medular

Os dados foram analisados e codificados a partir de três categorias de análise: aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual; aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade; e aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade. A partir dessas categorias descritas, foram identificadas subcategorias, conforme apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização a partir da análise temática

Categorias	Subcategoria
Aspectos biológicos e funcionais	Orgasmo
	Masturbação
	Paralisação
	Sensibilidade
	Lubrificação
	Dor
	Espasticidade
	Posições sexuais
	Gestação

Categorias	Subcategoria
Aspectos psicológicos e emocionais	Prazer
	Afeto
	Desejo
	Medo
	Empatia
Aspectos socioculturais	Educação sexual
	Constrangimento
	Discriminação
	Sentir-se mulher
	Crenças
	Dinâmica familiar

Fonte: Dados da pesquisa.

5.4.1 Aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual

As subcategorias encontradas nos aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual foram: orgasmo, masturbação, paralização, sensibilidade, lubrificação, dor, espasticidade, posições sexuais e gestação. No Quadro 2, estão apresentados trechos das falas das participantes por subcategoria.

Quadro 2 – Análise temática da categoria dos aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual

Categoria	Subcategoria	Trecho das falas
Aspectos biológicos e funcionais	Orgasmo	Eu me deito e ele começa a me cariciar, aí, sim, eu sinto normalmente. (P11) Ah, sobre esse caso aí, eu tenho muito orgasmo. Tem várias coisas que o cadeirante pode fazer e pode ter orgasmo. (P12) Chega, mas é diferente. (P15)
	Masturbação	Ah, hoje já é fazendo mesmo com o marido. Não tem negócio de ficar se tocando, não. (P8) Antes do meu acidente, eu me tocava, sentia, agora, não, eu me toco, não sinto. (P11) Eu deixo pro meu parceiro, que é pra ele descobrir cada pedacinho.

Categoria	Subcategoria	Trecho das falas
		(P12)
	Paralização	A gente tem as relação, mas eu não tenho mais o prazer, porque a parte aqui de baixo tá toda paralisada (P10).
	Sensibilidade	Sinto o corpo dormente, mas acho estranho porque sinto cólica e dor de urina (P7). Eu sinto sensação, tudo, quando ele me toca. Agora quando só ele só conversando, eu não sinto, agora quando ele passa pra me tocar, eu sinto (P11). Não sei se é isso aqui que me incomoda, deu ficar toda dormente, que minha vagina também é dormente, eu faço exame de prevenção e não sinto nada (P14).
	Lubrificação	Ele fica perto de mim, me cariciando, me dando aquele carinho, aí, eu começo a sentir aquele suorzinho e o liquidozinho saindo (P11). É bem difícil, porque geralmente quem tem lesão... Eu não, eu não tenho depois da lesão. (P13). Sinto desejo, fico lubrificada, mas é tudo diferente. Fica tudo menos. É pouco diferente de você tá normalzinha, né? (P15).
	Dor	Hoje eu tou me achando fria, eu não vou mentir. Acho que é porque aumentou mais as dores, aí ajuda muito, porque eu sinto muita dor (P3).
	Espasticidade	Mas, aí, hoje tem que ter a forma, como eu tenho espasticidade, aí tem que ter aquela paciência, né? Relaxar direitinho pra poder não machucar, né? (P6).
	Posições sexuais	As posições sexuais são diferentes hoje em dia (P12).
	Gestação	Eu não queria ter filho, só pensava em trabalhar, estudar, depois, eu disse: eu acho que vou querer ter um. Aí pronto, um mês, consegui (P8).

Fonte: Dados da pesquisa.

O relato de sentir orgasmo após a LM é presente na fala das mulheres, como conta P11: “Eu me deito e ele começa a me cariciar, aí, sim, eu sinto normalmente”. No entanto, há narrativas de que o orgasmo é diferente de antes da LM, como descreveu P15: “Chega, mas é diferente”. Já o ato de se masturbar não é frequente no dia a dia das mulheres após a LM, como descreve P12: “Eu deixo pro meu parceiro, que é pra ele descobrir cada pedacinho”. Em uma perspectiva semelhante, P8 relatou que tem relações sexuais com o cônjuge, mas não se masturba: “Ah, hoje já é fazendo mesmo com o marido [risos]. Não tem negócio de ficar se tocando, não”. Esses discursos evidenciam a dificuldade de perceber a masturbação como uma forma possível de prazer, colocando a relação a dois como única possibilidade. Entretanto, houve narrativas de tentativas frustradas de masturbação: “Antes do meu acidente, eu me tocava, sentia, agora, não, eu me toco, não sinto”, descreveu P11.

Observa-se que a sensação de paralização pode provocar diminuição ou incapacidade de sentir prazer, como descreveu P10: “A gente tem as relação, mas eu não tenho mais o prazer, porque a parte aqui de baixo tá toda paralisada”. A sensação de dormência nos órgãos sexuais foi mencionada como fator causal de incômodo e dificuldade no prazer: “Não sei se é isso aqui que me incomoda, deu ficar toda dormente, que minha vagina também é dormente, eu faço exame de prevenção e não sinto nada”, descreveu P14. No entanto, em algumas mulheres, os estímulos táteis parecem ser mais efetivos, como relatou P11: “Eu sinto sensação, tudo, quando ele me toca. Agora quando só ele só conversando, eu não sinto, agora quando ele passa pra me tocar, eu sinto”. Não ter sensibilidade para o prazer e ter sensibilidade para dores, causou sensação de estranheza em uma das entrevistadas: “Sinto o corpo dormente, mas acho estranho, porque sinto cólica e dor de urina”, narrou P7.

O fato de ter ou não ter lubrificação vaginal foi descrito por grande parte das mulheres entrevistadas. Algumas mencionaram que continuam tendo lubrificação normalmente: “Ele fica perto de mim, me cariciando, me dando aquele carinho, aí, eu começo a sentir aquele suorzinho e o liquidozinho saindo” (P11). Já outras mulheres referiram ter lubrificação, porém houve diminuição em comparação ao período anterior à lesão, como explicou P15: “Sinto desejo, fico lubrificada, mas é tudo diferente. Fica tudo menos. É pouco diferente de você tá normalzinha, né?”. Um terceiro grupo de mulheres descreveu ter incapacidade para lubrificação, a exemplo

de P13: “É bem difícil, porque geralmente quem tem lesão... Eu não, eu não tenho depois da lesão”.

As participantes da pesquisa apontaram que as sequelas físicas da LM podem causar consequências negativas para a sexualidade. As sequelas descritas por elas são dor e espasticidade. O desconforto da dor pode tirar o foco da sexualidade e causar diminuição da libido, como referiu a P3: “Hoje, eu tou me achando fria, eu não vou mentir. Acho que é porque aumentou mais as dores, aí, ajuda muito, porque eu sinto muita dor”. Em relação à espasticidade, P6 referiu mudança na forma de ter relação e estratégias para relaxamento antes do ato sexual: “Mas, aí, hoje, tem que ter a forma, como eu tenho espasticidade, aí tem que ter aquela paciência, né? Relaxar direitinho, pra poder não machucar, né?” Para continuarem sendo sexualmente ativa, algumas mulheres referem outras adaptações, como, por exemplo, a mudança nas posições sexuais: “As posições sexuais são diferentes hoje em dia”, descreveu P12.

Em uma dimensão diferente das demais subcategorias, por ter uma perspectiva positiva, P8 contou que após a LM veio a pretensão de engravidar, no momento da entrevista estava no quinto mês de gestação: “[...] eu não queria ter filho, só pensava em trabalhar, estudar, depois eu disse: eu acho que vou querer ter um. Aí, pronto, um mês, consegui”.

5.4.2 Aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade

Na categoria de aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade foram encontradas as subcategorias prazer, afeto, desejo, medo e empatia. Observa-se no Quadro 3 algumas falas das participantes em cada subcategoria identificada.

Quadro 3 – Análise temática da categoria dos aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade

Categoria	Subcategoria	Trecho das falas
Aspectos psicológicos e emocionais	Prazer	<p>Não foi das melhores, não foi como eu imaginei que pudesse ser, mas eu consegui sentir alguma coisa boa, acho que pelo meu psicológico, não pelo físico. (P2)</p> <p>No início do que aconteceu, eu não sentia mais prazer pra nada, nem perto do meu marido eu queria ficar. Não 100%, mas já tou sentindo. (P5)</p> <p>Eu sinto, assim, na minha mente, me sinto leve, entendeu? E me dá, assim, uma alegria, porque, apesar que eu não sinto, mas me dá, assim, uma alegria e um alívio tão grande. Eu me sinto bem relaxada. (P6)</p> <p>De que adianta você tá ali, tá fazendo amor e tudo, mas você não tá sentindo prazer? (P10)</p>
	Afeto	<p>Quando a pessoa tem amor e carinho, não muda muita coisa, não, porque além da penetração, tem o cheiro e o toque. (P12)</p> <p>Então, você tem que ter também muita afetividade pelo parceiro, pra que isso aconteça. (P13)</p>
	Desejo	<p>Agora, de um certo tempo pra cá, eu tava sentindo desejo de ter relação com ele. Mas não tive ainda não. (P1)</p> <p>Eu não sinto essas coisa, não, bem. Se for, é só na cabeça. (P4)</p> <p>Eu tenho vontade de fazer amor, a gente tem aquele desejo, eu sinto aquele desejo. (P12)</p>
	Medo	<p>É porque daqui pra cima é dormente, e eu ficava assim com medo de ferir alguma coisa, assim, por dentro, meu medo é esse, porque eu já passei por tanta coisa. (P1)</p> <p>Eu não me dou a oportunidade de tá tendo experiência, eu tenho medo. (P2)</p> <p>E, aí, a gente fica com aquele trauma, não muito, de machucar, igual fazia antes, daí tem que ter uma moderada. (P6)</p>
	Empatia	<p>E ele fica assim, muda o jeito de me tratar, né? Fica carinhoso e o rosto dele muda o semblante, fica mais alegre. (P6)</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se vivências bem distintas em relação ao prazer sexual nas mulheres entrevistadas. Algumas mencionaram que, no início da lesão, não sentiam prazer, mas, com o tempo, passaram a sentir, mesmo que em menor magnitude, a exemplo de P5: “No início do que aconteceu, eu não sentia mais prazer pra nada, nem perto do meu marido eu queria ficar. Não 100%, mas já tou sentindo.” Já outras mulheres descreveram ter incapacidade para o prazer: “De que adianta você tá ali, tá fazendo amor e tudo, mas você não tá sentindo prazer?”, referiu P10.

A discrepância entre expectativa e realidade em relação ao prazer sexual foi descrita por P2: “Não foi das melhores, não foi como eu imaginei que pudesse ser, mas eu consegui sentir alguma coisa boa, acho que pelo meu psicológico, não pelo físico”. O prazer sexual pode ocorrer mesmo sem a presença da sensibilidade: “Eu sinto, assim, na minha mente, me sinto leve, entendeu? E me dá, assim, uma alegria, porque, apesar que eu não sinto, mas me dá, assim, uma alegria e um alívio tão grande. Eu me sinto bem relaxada.”, relatou a P6. Já algumas mulheres expõem não ter prazer sexual, apesar de ter alguma sensibilidade, como descreveu P15: “Sente, mas é diferente demais de quando você tá, assim, normal, é mermo que nada. Digamos que diminui 90%”.

A afetividade foi descrita como um aspecto positivo na perspectiva psicológica e emocional da sexualidade: “Quando a pessoa tem amor e carinho, não muda muita coisa, não, porque, além da penetração, tem o cheiro e o toque”, narrou P12. O desejo de ter relações sexuais também foi referido por algumas mulheres, como descreveu P12: “Eu tenho vontade de fazer amor, a gente tem aquele desejo, eu sinto aquele desejo”. Uma das entrevistadas expôs que, apesar de vir sentindo desejo pelo marido, ainda não teve relações com ele: “Agora, de um certo tempo pra cá, eu tava sentindo desejo de ter relação com ele. Mas não tive ainda, não” (P1). P4 afirmou que sente o desejo e a vontade apenas na mente: “Eu não sinto essas coisa, não, bem. Se for, é só na cabeça”.

O relato de sentir medo é frequente no discurso das mulheres, na perspectiva de temer se machucar fisicamente ou emocionalmente. Em relação ao medo de se machucar fisicamente, P1 expôs: “É porque, daqui pra cima, é dormente, e eu ficava, assim, com medo de ferir alguma coisa, assim, por dentro, meu medo é esse, porque eu já passei por tanta coisa”. P2 descreveu medo de envolvimento, em uma

perspectiva emocional: “Eu não me dou a oportunidade de tá tendo experiência, eu tenho medo.”

Nos relatos, fica evidente que a sexualidade é impactada positivamente pela importância que as mulheres dão para a satisfação do parceiro, demonstrando empatia e reconhecendo a satisfação dele, como expôs P6: “E ele fica assim, muda o jeito de me tratar, né? Fica carinhoso e o rosto dele muda o semblante, fica mais alegre”. Esta narrativa retira a mulher da posição de fragilidade e vulnerabilidade para alguém que pode compreender o outro e influenciar positivamente em sua satisfação.

5.4.3 Aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade

Na categoria dos aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade, por sua vez, foram encontradas as subcategorias educação sexual, constrangimento, discriminação, sentir-se mulher, crenças e dinâmica familiar. A seguir, no Quadro 4, serão apresentados recortes de falas em relação às subcategorias analisadas.

Quadro 4 – Análise temática da categoria dos aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade

Categoria	Subcategoria	Trecho das falas
Aspectos socioculturais	Educação sexual	Porque a minha criação foi muito rígida, devido à criação dos meus pais de antigamente, se você fizer relação, só depois que casar. (P9)
	Constrangimento	Foi constrangedor pra mim, tá naquela situação, que antes eu era uma pessoa totalmente ativa, pra hoje eu ter que esperar o outro fazer comigo, é bem frustrante isso. (P2) Aí, foi onde ele começou a me tocar tudo, me sentindo, mas um pouco com vergonha da situação que eu tou. (P11)
	Discriminação	Outros se afastaram, acho que por não conhecer a situação. (P2) Ele veio dizer pra mim que tinha vergonha de andar comigo depois que eu adoeci. E aquilo me magoou muito. (P3)

Categoria	Subcategoria	Trecho das falas
	Dinâmica familiar	Agora eu tou achando muito pra baixo. É porque o meu irmão faleceu. E também meu marido tava com uma mulher. Eu também tive uns problemas com minha menina, ela teve depressão, aí tudo junta. Isso mexe muito com o relacionamento da pessoa. (P3)
	Crenças	E, pra pensar em sexualidade, tem que pensar em dor de cabeça, são duas cabeças diferentes, são opiniões diferentes, e meu corpo, eu tou querendo cuidar dele, sabe? (P4) Eu fiquei pensando sozinha, eu já posso me considerar solteira, porque meu marido vai me largar, né? Porque o sexo não vai ser igual era antes, mas só que, aí, eu me enganei, né? (P6) Eu tinha na minha concepção que eu nunca iria namorar com um cadeirante, principalmente com a minha mesma lesão, porque não daria certo. (P13)
	Sentir-se mulher	Eu não tava mais me sentindo como mulher, não queria conversar com ninguém, aí, foi onde ele chegou, começou a conversar comigo, aí, eu comecei me sentir aquela mulher, que eu tinha parado. Agora eu tou pensando que eu tou grávida. (P11) A forma deu tá cadeirante não quer dizer que eu não sou uma mulher, né? E, aí, tou bem. (P6)

Fonte: A autora. (2021).

De acordo com o discurso das mulheres, os aspectos socioculturais interferem de forma expressiva na sua sexualidade. Uma das entrevistadas mencionou que nunca teve relações sexuais em decorrência da educação sexual rígida dos pais: “Porque a minha criação foi muito rígida, devido à criação dos meus pais, de antigamente, se você fizer relação, só depois que casar” (P9). Outro aspecto sociocultural encontrado nos relatos das mulheres foi o constrangimento por não conseguir ter o desempenho sexual que tinham antes da LM, a exemplo de P2:

“Foi constrangedor pra mim, tá naquela situação, que antes eu era uma pessoa totalmente ativa, pra hoje eu ter que esperar o outro fazer comigo, é bem frustrante isso”.

Há relatos de discriminação por parte dos companheiros, como descreveu P3: “Ele veio dizer pra mim que tinha vergonha de andar comigo depois que eu adoeci. E aquilo me magoou muito”. P2 acredita que alguns parceiros se afastaram devido à LM: “Outros se afastaram, acho que por não conhecer a situação”. Circunstâncias ocorridas na dinâmica familiar também foram referidas como interferência na vivência da sexualidade, como expôs P3: “Agora, eu tou achando muito pra baixo. É porque o meu irmão faleceu. E também meu marido tava com uma mulher. Eu também tive uns problemas com minha menina, ela teve depressão, aí, tudo junta. Isso mexe muito com o relacionamento da pessoa”.

As crenças sociais são evidentes no discurso das mulheres e interferem diretamente na sexualidade. P4 crê que relacionamentos podem trazer desordens para sua vida: “E, pra pensar em sexualidade, tem que pensar em dor de cabeça, são duas cabeças diferentes, são opiniões diferentes, e meu corpo, eu tou querendo cuidar dele, sabe?” Outra crença encontrada foi o receio da separação conjugal devido à LM, em decorrência da mudança na perspectiva sexual: “Eu fiquei pensando sozinha, eu já posso me considerar solteira, porque meu marido vai me largar, né? Porque o sexo não vai ser igual era antes, mas só que, aí, eu me enganei, né?”, descreveu P6. Uma das entrevistadas expôs mudança de paradigma ao se relacionar com um cadeirante: “Eu tinha, na minha concepção, que eu nunca iria namorar com um cadeirante, principalmente com a minha mesma lesão, porque não daria certo” (P13).

Pelas narrativas das entrevistadas, observa-se que o fato de “sentir-se mulher” pode ser posto à prova após a lesão medular: “Eu não tava mais me sentindo como mulher, não queria conversar com ninguém, aí, foi onde ele chegou, começou a conversar comigo, aí, eu comecei me sentir aquela mulher que eu tinha parado. Agora eu tou pensando que eu tou grávida,” descreveu P11. Verifica-se, neste relato, a associação entre sentir-se mulher e a possibilidade de ser mãe. Outra entrevistada afirmou que o fato de ser cadeirante não negará sua condição de mulher: “A forma deu tá cadeirante não quer dizer que eu não sou uma mulher, né? E, aí, tou bem” (P6).

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa oferece uma investigação a respeito da sexualidade de mulheres após o evento de uma lesão medular. A amostra foi caracterizada, na sua maioria, por mulheres jovens, de raça/etnia negra, com escolaridade e renda familiar baixas. O tempo de acometimento por lesão medular foi predominantemente até 8 anos, sendo os acidentes de trânsito a causa mais frequente, com menor proporção para outros acidentes e traumas. Esses achados corroboram as afirmações de Quadri *et al.* (2020), ao apontarem que as principais causas de LM são os acidentes de trânsito, quedas, incidentes de violência e lesões contraídas no decorrer de práticas de esporte. O referido estudo apontou que a incidência de LM é maior em jovens do sexo masculino, sendo de 2 a 5 maior se comparado ao sexo feminino. No contexto brasileiro, o trauma é a principal causa e as mulheres correspondem a 20% dos casos notificados de LM (BRASIL, 2015).

O acometimento por lesão medular pode acarretar diversos prejuízos fisiológicos, psicológicos e sociais. Todas as participantes deste estudo apontaram mudanças biopsicossociais significativas nas suas vivências após a LM. A necessidade de readaptação às atividades anteriormente realizadas sem dificuldades é evidente em suas falas. O fato de, após a LM, não conseguirem realizar as atividades cotidianas como anteriormente, bem como a incapacidade para realizar alguns trabalhos domésticos e a dependência de outras pessoas para a realização dessas e outras atividades causaram impacto negativo no cotidiano dessas mulheres, uma vez que a LM acarreta impactos diferentes nas funções motoras dos indivíduos. O nível de comprometimento está relacionado à especificação da lesão, ao segmento, às vias nervosas e aos neurônios da medula acometidos (KARSY; HAWRYLUK, 2019). Diversos autores afirmam que pessoas acometidas por lesão medular precisam conhecer o novo corpo e se adaptar a ele, ajustando-se de acordo com as novas necessidades. Nessa perspectiva, após a LM, a pessoa precisa se adequar a sua nova experiência corporal (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008).

Todas as participantes deste estudo descreveram modificações no corpo após o acometimento por LM. As alterações mais apontadas foram limitações ou incapacidade de realizar atividades de vida diária, modificações nas sensações

físicas, especialmente com manifestação de parestesia crônica, dificuldades na evacuação, elevação ou diminuição do peso corporal, modificações negativas na aparência física, dor neuropática, hipertonia e transpiração corporal irregular. Outras queixas apontadas foram relacionadas ao aparelho urinário, tais como dificuldade no controle da bexiga, necessidade de utilização de sonda uretral de alívio e úlceras de pressão. Vários estudos apontam que as alterações na sensibilidade e a dificuldade ou perda da mobilidade irão ocorrer de acordo com a altura e as características da lesão (SRAMKOVA *et al.*, 2017; KARSY; HAWRYLUK, 2019). Infelizmente, as mudanças corporais adquiridas por consequência da LM geralmente não podem ser revertidas e impactam consideravelmente na vida das pessoas acometidas (THRUSSELL *et al.*, 2018).

A dependência física de outras pessoas e a readaptação para atividades de autocuidado trouxe impactos para o cotidiano das mulheres. A necessidade de ter ajuda para o adequado esvaziamento intestinal foi uma das queixas apontadas como constrangedora. Tais achados corroboram o estudo qualitativo realizado no Reino Unido, onde as mulheres descreveram pior qualidade de vida com as preocupações a respeito do funcionamento urinário e fecal (THRUSSELL *et al.*, 2018). Neste estudo, a expectativa de perda urinária e fecal foi descrita como desconfortável e inquietante.

O impacto das mudanças corporais pós-LM se mostrou presente na fala das mulheres desta pesquisa. As transformações corporais mobilizaram sentimentos e atitudes de superação, indiferença ou insatisfação com a autoimagem. Algumas delas descreveram “perda de massa muscular, pernas afinando, barriga feia” que mobilizavam sentimentos de vergonha. A falta de aceitação pela transformação corporal também trouxe retraimento para se sentir “empoderada e linda”. A perda de mobilidade e o foco em conseguir recuperar a marcha provocou a negação das emoções com relação ao novo corpo. Outras mulheres apresentaram discurso de resignificação da autoimagem, sentindo-se “mais vaidosa”, “inteira e não um pedacinho”. Estudos realizados em vários países destacam que as mudanças corporais pós-LM potencializam o rebaixamento da autoestima (KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; OTERO-VILLAVARDE *et al.*, 2015). O desafio imposto pela LM na resignificação das mudanças corporais e no processo de autoaceitação impacta diretamente a capacidade da mulher de se reinventar e

passar a perceber-se a partir de perspectiva positiva (FRITZ; DILLAWAY; LYSACK, 2015; OTERO-VILLAVARDE *et al.*, 2015).

Em um contexto no qual a maioria das mulheres tinha mais de 5 anos da ocorrência da lesão, a prática sexual foi um relato frequente. Este achado se mostrou discordante do estudo realizado com mulheres turcas pós-LM. Apenas um terço delas afirmou estar sexualmente ativa após 6 meses da lesão (CELIK *et al.*, 2014). O estudo de Otero-Villaverde *et al.* (2015) com mulheres espanholas também evidenciou redução da periodicidade de relações sexuais após a LM, sobretudo pela falta de sensibilidade nos genitais.

A dificuldade de readaptação da pessoa com lesão medular à nova conjuntura pode impactar significativamente na sua sexualidade, na medida em que a vivência da sexualidade de forma satisfatória vai ser influenciada por fatores biológicos, psicológicos, culturais, espirituais e éticos (WHO, 2010; WHO, 2017). Cada ser humano vivencia sua sexualidade de forma peculiar, a partir de vivência íntima, influenciada pelos fatores mencionados anteriormente. Devido a este fato, foram encontradas diversas categorias de análise neste estudo. Para fins didáticos, as categorias de análise foram divididas em “Aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual”, “Aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade” e “Aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade”, porém sabe-se que estes aspectos não devem ser vistos como dissociados, uma vez que a sexualidade é um fenômeno holístico e deve ser entendida de forma integral, englobando todos as perspectivas envolvidas.

Os aspectos biológicos e funcionais da resposta sexual foram subdivididos nas seguintes subcategorias: orgasmo, masturbação, paralização, sensibilidade, lubrificação, dor, espasticidade, posições sexuais e gestação. O orgasmo foi relatado pelas mulheres entrevistadas como pouco frequente. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Otero-Villaverde *et al.* (2015), no qual a minoria das mulheres espanholas descreveu sentir orgasmo. Em pesquisa realizada na República Checa, a resposta sexual feminina se mostrou negativamente impactada pela LM. A anorgasmia ocorreu na maioria delas, aliada à diminuição de sensibilidade, aos espasmos e à dor (SRAMKOVA *et al.*, 2017).

A qualidade da vida sexual das mulheres entrevistadas piorou pela ausência ou dificuldade de sensibilidade no toque do corpo e frequente anorgasmia. Houve

relato da necessidade de relaxar para lidar com a espasticidade e “não machucar”. Esses dados corroboram a pesquisa realizada no Reino Unido, que destacou o impacto negativo da LM na resposta sexual feminina. Houve descrição de ausência ou alteração da sensação vaginal e redução da excitação, da lubrificação e do orgasmo (THRUSSELL *et al.*, 2018). Em estudo realizado no Irã, as mulheres pós-LM apresentaram maior probabilidade de piora na qualidade de vida sexual se comparadas com mulheres não acometidas por LM (MERGHATI-KHOEI *et al.*, 2017). Há fortes evidências de que as consequências fisiológicas da LM, tais como DA, descontrole urinário e/ou intestinal, espasticidade, dor, ausência ou diminuição de lubrificação e dificuldade de posicionar-se durante as relações sexuais podem afetar desfavoravelmente a resposta sexual. (BASSON, 1998; KREUTER; SIÖSTEEN; BIERING-SORESTEN, 2008; THRUSSELL *et al.*, 2018).

No relato das mulheres deste estudo, o autoerotismo vivenciado com a prática da masturbação já era infrequente antes da LM e assim permaneceu depois da lesão. Diante deste achado, questiona-se se a masturbação ainda é vista como uma prática impertinente no contexto atual. Ainda na década de 1970, Kinsey *et al.* (1970) discutiram sobre a temática da masturbação, questionando a abordagem de criminalização observada nessa prática no âmbito norte-americano. Tal visão sociológica retrógrada pode ainda estar presente no contexto desta pesquisa. Já os achados da pesquisa de Kreuter, Siösteen e Biering-Soresten (2008) mostraram que a masturbação é presente em mulheres com sensibilidade genital íntegra.

Os aspectos psicológicos e emocionais da sexualidade foram subdivididos em prazer, afeto, desejo, medo e empatia. Em mulheres acometidas por LM, os aspectos psicológicos e emocionais causam mais impactos do que as questões corporais (SRAMKOVA *et al.*, 2017). As mulheres entrevistadas descreveram a capacidade de sentir prazer sexual, porém algumas delas mencionaram menor intensidade. Mesmo na ausência de prazer físico, houve relato de sensação de bem-estar “pelo psicológico, não pelo físico”. O estudo de Kreuter, Siösteen e Biering-Soresten (2008) mostrou resultado análogo, ao identificar mulheres pós-LM que não experimentaram orgasmo. No entanto, houve o relato de satisfação psicológica com recompensas emocionais. A pesquisa de Thrussell *et al.* (2018) também evidenciou narrativas de mulheres para as quais o sexo é experiência emocionalmente propícia e benéfica.

O afeto foi destacado pelas mulheres entrevistadas com um aspecto relevante. O estudo realizado por Kreuter *et al.* (2011) corrobora este achado, ao discutir a importância da conduta dos companheiros nas relações sexuais, e ao afirmar que as relações sexuais fluem na medida em que os parceiros se mostram atraídos, afetuosos, próximos e atentos. Caso haja incontinência urinária e fecal, é desejável que estes demonstrem naturalidade e empatia, uma vez que essas atitudes irão influenciar no funcionamento sexual satisfatório das mulheres. O referido estudo destacou que as mulheres valorizam o diálogo e o partilha de sentimentos relacionados à vivência sexual, e elas sugeriram estratégias para a melhoria da vivência sexual: relaxamento, aceitação da autoimagem corporal, exploração de novas sensações, incluindo objetos como vibrador (KREUTER *et al.*, 2011).

O relato de sentir desejo sexual foi frequente no discurso das mulheres desta pesquisa. Estudos evidenciaram que o abalo emocional, a utilização de fármacos e sintomas depressivos decorrentes do trauma medular podem diminuir o desejo sexual (KRASSIOUKOV; ELLIOT, 2017). Outro achado nesta pesquisa refere-se ao medo de ser machucada, como “ferir alguma coisa por dentro” impôs inibição para a prática sexual. Esta vivência é similar ao achado no estudo de Fritz, Dillaway e Lysack (2015), no qual as mulheres se queixaram da insegurança em permitir a prática sexual pelo risco de serem machucadas.

Finalmente, os aspectos socioculturais que envolvem a sexualidade formaram as subcategorias educação sexual, constrangimento, discriminação, sentir-se mulher, crenças e dinâmica familiar. Observou-se expressiva influência do contexto social no discurso das mulheres entrevistadas. De acordo com o relato de uma das participantes, a educação rígida dos pais influenciou para que ela não tivesse relações sexuais até o momento da entrevista, pois acredita que relações sexuais só devem existir após o casamento. Segundo a OMS, cada indivíduo tem sua própria vivência da sexualidade, constituída por particularidades biológicas, psicológicas, históricas e socioculturais (WHO, 2006).

Houve uma mudança de perspectiva durante a prática sexual pela imposição de um corpo passivo a “esperar o outro fazer algo”. A impossibilidade de tomar atitudes como antes foi percebida com constrangimento. O estudo de Thrussell *et al.* (2018) aponta resultados semelhantes, ao destacar que aspectos como a

dependência do parceiro para conduzir a prática sexual provocou sensação de culpabilidade, desaponto e desalinho entre os papéis de cuidador e amante, com resultados negativos na resposta sexual.

Algumas mulheres descreveram situações de discriminação por parte dos parceiros sexuais. Esta situação está em desacordo com os princípios da OMS, que visam assegurar os direitos humanos relacionados à sexualidade, incluindo a sexualidade sem violência e discriminação (WHO, 2017). As participantes desta pesquisa estão se empenhando em afirmar sua condição de mulher, inclusive crescendo o papel de mãe. Porém ainda não há efetiva inclusão das mulheres com deficiência nos diversos âmbitos socioculturais. Elas ainda não conseguem reproduzir efetivamente seus papéis de mulher e mãe. É necessário que haja reformulação nos discursos normativos de gênero e deficiência, para que este público finalmente tenha efetiva inclusão social (VIEIRA *et al.*, 2016).

Houve relatos de crenças acerca da diferença na sexualidade após a LM, participantes descreveram que, após o evento da LM, imaginaram que se separariam dos cônjuges, pois os mesmos iriam solicitar o divórcio em detrimento das mudanças nas relações sexuais. Este receio justifica-se pelo imaginário coletivo existente em muitos contextos, que conjecturam a mulher com deficiência como incapaz de exercer sua sexualidade a contento, por serem diferentes e assexuadas (BASSON, 1998). Nesse cenário, a sexualidade de pessoas com deficiência pode ser negligenciada e subestimada (ROHLEDER; FLOWERS, 2008).

De acordo com o discurso das mulheres entrevistadas, algumas situações familiares interferiram negativamente na vivência da sua sexualidade, tais como: óbito de familiares, traição por parte do companheiro e transtorno mental de entes próximos. Estas interferências são esclarecidas pelo princípio da abordagem ecológica, descrita pela OMS, que identifica a pluralidade de fatores que influenciam a saúde sexual, levando em consideração os âmbitos individual, familiar e social (WHO, 2017).

Esta é a primeira pesquisa brasileira que aborda a sexualidade feminina após lesão medular com enfoque na percepção das mulheres acometidas por esta deficiência. As limitações do estudo estão associadas ao tipo de pesquisa realizada, que não permite generalizar os dados para toda a população de mulheres acometidas por lesão medular e a possibilidade de haver viés de informação no

decorrer das entrevistas. No entanto, a pesquisa qualitativa apresenta abordagem subjetiva, que permite conhecer em profundidade a percepção das mulheres a respeito de sua sexualidade após a LM. Ao mesmo tempo, o conhecimento acerca da sexualidade de mulheres pós-LM torna-se relevante para a saúde pública, na perspectiva de que os resultados poderão contribuir para intervenções de equipes de saúde, visando a melhoria do bem-estar psicológico, físico e social de mulheres que apresentam lesão medular.

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou o conhecimento sobre o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres. A LM causou impactos orgânicos, emocionais e sociais sobre a sexualidade das mulheres entrevistadas. As modificações orgânicas causaram implicações na autoimagem, suscitando emoções que provocaram o rebaixamento da autoestima ou ajustamentos que induziram adaptações à nova conjuntura. A dificuldade de aceitação do novo contexto impactou negativamente na vivência da sexualidade delas.

No entanto, este estudo também mostrou que as mudanças corporais foram passíveis de contribuir para a ressignificação da autoestima, ao passo em que a vaidade aflorou após a LM. A função sexual também foi passível de ressignificação, quando as mulheres passaram a valorizar outros aspectos, como o toque e o cheiro. Muitas delas sentiram sensação de bem-estar e satisfação durante as relações sexuais, mesmo sem sentir o prazer em si.

Em relação aos impactos socioculturais, a readaptação às ações cotidianas e a dependência de outras pessoas para auxiliar nessas atividades foram as implicações mais evidentes encontradas nesta pesquisa. Nesse contexto, os impactos socioculturais interferiram negativamente na vivência da sexualidade das mulheres acometidas por LM, na medida em que os prejuízos na rotina acarretaram alterações no bem-estar biopsicossocial. Outro destaque relacionado aos impactos socioculturais pós-LM se refere à inabilidade para o trabalho que realizavam antes da LM e a dificuldade de se adaptar para voltar a realizá-lo.

As mulheres entrevistadas citaram impactos na sexualidade causados pelas mudanças orgânicas após a LM. A dependência física de familiares/cuidadores e a readaptação para atividades de autocuidado acarretaram implicações no seu dia a dia. A necessidade de ter ajuda para o adequado esvaziamento intestinal foi uma das queixas apontadas como constrangedora. Outras alterações orgânicas frequentes foram: alterações de sensibilidade (sensação de dormência, formigamento e queimação), constipação, dor, variação no peso corporal, mudanças estéticas negativas, transpiração corporal assimétrica e espasticidade. Assim como, queixas relacionadas ao aparelho urinário como bexiga neurogênica, necessidade de uso de sonda uretral de alívio e escaras. As alterações na sensibilidade implicam

diminuição do prazer, impactando negativamente a função sexual. As mudanças estéticas negativas e as alterações no peso corporal também foram passíveis de repercutir negativamente na sexualidade.

As mulheres continuaram relacionando-se sexualmente após a lesão medular, no entanto, perceberam as relações sexuais com qualidade inferior após a LM. A ausência ou diminuição à sensibilidade ao toque diminuiu ou impediu a sensação de prazer e o orgasmo. O autoerotismo permaneceu como uma prática infrequente após a LM. O medo de se machucar no decorrer do ato sexual esteve presente no relato das mulheres. Esses resultados podem evidenciar a falta de informação sobre sexualidade que é ofertada às mulheres acometidas por LM. As mudanças nesse cenário de assistência podem ser realizadas com intervenções da equipe multiprofissional de saúde, por meio da oferta de educação em sexualidade para este grupo de mulheres.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. **Ceir**. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: APA, 2013.

ANDERSON, K. D. et al. Spinal Cord Injury Influences Psychogenic as Well as Physical Components of Female Sexual Ability. **Spinal Cord**, v. 45, p. 349-359, 2007.

BASSON, R. Sexual health of women with disabilities. **Canadian Medical Association Journal**, v. 159, n. 4, p. 359-362, 1998.

BASSON, R. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.

BASSON, R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, n. 5, p. 395-403, 2001.

BASSON, R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. **International Journal of Impotence Research**, v. 20, n. 5, p. 466-478, 2008.

BARBONETTI, A. *et al.* Erectile Dysfunction Is the Main Correlate of Depression in Men with Chronic Spinal Cord Injury. **Journal of clinical medicine**, v. 10, n. 10, p. 20-90, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai. 2016.

CELIK, E. C. *et al.* Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. **Spinal Cord**, v. 52, n. 4, p. 313-315, 2014.

COSTA, B. T. *et al.* O perfil e as adaptações sexuais de homens após a lesão medular. **Acta Fisiátrica**, v. 4, n. 21, p. 177-182, 2014.

FERENIDOU, F. *et al.* Sexual response models: Toward a more flexible pattern of women's sexuality. **Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 9, p. 1369-1376, 2016.

FRITZ, H. A.; DILLAWAY, H.; LYSACK, C. L. "Don't think paralysis takes away your womanhood": sexual intimacy after spinal cord injury. **American Journal Of Occupational Therapy**, v. 69, n. 2, p. 1-10, 2015.

HAWKES, S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? **Lancet Global Health**, v. 2, n. 7, p. 377-378, 2014.

HESS, M. J.; HOUGH, S. Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 35, n. 4, p. 211-218, 2012.

JAIN, N. B. *et al.* Traumatic spinal cord injury in the United states, 1993-2012. **Journal of the American Association**, v. 313, n. 22, p. 2236-2243, 2015.

KARSY, M.; HAWRYLUK, G. Modern medical management of spinal cord injury. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 19, n. 9, p. 65-80, 2019.

KINSEY, A. C. *et al.* **O comportamento sexual da mulher**. Lisboa: Meridiano, 1970.

KRASSIOUKOV, A.; ELLIOTT, S. Neural control and physiology of sexual function: Effect of spinal cord injury. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2017.

KREUTER, M. *et al.* Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 49, n. 1, p. 154-160, 2011.

KREUTER, M.; SIÖSTEEN A.; BIERING-SORESTEN, F. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 1, p. 61-69, 2008.

KRIZ, J. *et al.* Incidence of acute spinal cord injury in the Czech Republic: a prospective epidemiological study 2006 e 2015. **Spinal Cord**, v. 55, n. 9, p. 870-874, 2017.

LEE, B. B. *et al.* The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. **Spinal Cord**, v. 52, n. 2, p. 110-116, 2014.

LEMOIS, H.F. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em um centro de reabilitação. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 3, n 3, p. 557-560, 2017.

MASTERS, W.; JOHNSON, V. **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

MERGHATI-KHOEI, E. *et al.* Spinal cord injury and women's sexual life: case-control study. **Spinal Cord**, v. 55, n. 3, p. 269-273, 2017.

MIRANDA, C. S., SANTOS, V. N., & OLIVEIRA, G. F. A sexualidade sob o olhar transdisciplinar: Desafios para a prática docente. *In: Congresso Nacional em Educação*, 12., 2015 Curitiba, 2015. **Anais [...]** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2015. p. 12328-12339.

OTERO-VILLAVARDE, S. *et al.* Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. **Spinal Cord**, v. 53, n. 7, p. 557-560, 2015.

QUADRI, S. A. *et al.* Recent update on basic mechanisms of spinal cord injury. **Neurosurgical Review**, v. 43, n. 2, p. 425-441, 2020.

RAHIMI-MOVAGHAR, V. *et al.* Prevalence of spinal cord injury in Tehran, Iran. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 32, n. 4, p. 428-431, 2009.

ROHLEDER, P.; FLOWERS, P. Towards a psychology of sexual health. **Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 2, p. 143-147, 2018.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Tradução: Magna França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2009.

STOFFEL, J.T. *et al.* Fertility and sexuality in the spinal cord injury patient. **World Journal of Urology**, v. 36, n. 10, p. 1577-1585, 2018.

OLIVEIRA, F. W. *et al.* Sexualidade da pessoa com lesão medular. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 101-109, 2015.

SOUZA, L. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

SRAMKOVA, T. *et al.* Women's Sex Life After Spinal Cord Injury. **Sexual Medicine**, v. 5, n. 4, p. 255-259, 2017.

THRUSSELL, H. *et al.* Women's experiences of sexuality after spinal cord injury: a UK perspective. **Spinal Cord**, v. 56, n. 11, p. 1084-1094, 2018.

TIEFER, L. A new view of women's sexual problems: why new? Why now? **Journal of Sex Research**, v. 38, n. 1, p. 89-96, 2001.

VALENCA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e sociedade**, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010.

VIEIRA, K. F. L. *et al.* Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. **Psicologia Ciência e profissão**, v. 36, n. 2, p. 329-340, 2016.

WENDEL, M. P *et al.* Preconception, Antepartum, and Peripartum Care for the Woman With a Spinal Cord Injury: A Review of the Literature. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 76, n. 3, p. 159-165, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health, 28–31. January 2002. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Measuring sexual health**: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities**. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexual health and its linkages to reproductive health**: an operational approach. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on disability**. Geneva: WHO, 2011.

WYNDAELE, M.; WYNDAELE, J. J. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? **Spinal Cord**, v. 44, n. 9, p. 523-529, 2006.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: ___/___/_____ Participante No: _____

Tópico I: Dados sociodemográficos das mulheres

1. Me fala quanto anos você tem.
2. Me fala sobre a sua família e com que você mora.
3. Com relação à sua cor de pele, como você se descreve?
4. Me fala se você estudou. Até que ano você estudou?
5. Me conta se você trabalhava antes da lesão medular. Como você está agora com relação ao trabalho depois da lesão.
7. Você pode me falar sobre a tua renda familiar?

Tópico II: A lesão medular

1. Me conta sobre o que ocorreu e ocasionou a lesão medular. Como este evento afetou a tua vida. Tem muito tempo?

Tópico III: A sexualidade após a lesão medular

1. Percepção do corpo físico: Como você observa o teu corpo após a lesão medular? Houve mudanças no seu corpo? Como você sente seu corpo, como você percebe seu corpo fisicamente?
2. Me fala das tuas emoções/autoimagem. Que imagem você tem de você hoje, depois do acidente? Como você se sente como mulher?

3. Me fala sobre a tua sexualidade antes da lesão. Você se tocava, se dava prazer? E hoje em dia, como isso acontece?

4. Você tem uma parceria sexual? Como você percebe o teu relacionamento com a parceria após a lesão medular?

5. Você percebeu alguma mudança nas reações do teu corpo para sentir desejo, ficar lubrificada, sentir prazer e gozar? E com a tua parceria?

6. O que você pensa sobre as modificações na tua vida, no teu relacionamento e na tua sexualidade após a lesão medular.

7. Tem algo de importante que você gostaria de falar que eu não te perguntei?

Obrigada pela disponibilidade em participar da pesquisa.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Sexualidade de mulheres após lesão medular

Instituição envolvida: Universidade Federal do Piauí-UFPI

Pesquisadores: Danielle Carvalho Ferreira e Andréa Cronemberg Rufino

Cara mulher,

Essa é uma pesquisa que tem como objetivo conhecer o impacto da lesão medular na sua sexualidade após o evento da lesão medular. Há poucas pesquisas no Brasil que investigam a respeito da percepção das mulheres sobre as mudanças no corpo, nas emoções, no relacionamento delas com o parceiro e como elas vivenciam a sexualidade depois da lesão medular. Há lacunas de conhecimento a respeito destas questões. Desta forma, os resultados dessa pesquisa devem aumentar o conhecimento sobre esta realidade no Piauí. Os benefícios que você receberá estão relacionados a esse conhecimento, pois a divulgação dos resultados poderá influenciar a melhoria do atendimento a você.

As informações a seguir são fornecidas para pedir sua participação livre e voluntária nessa pesquisa. Para participar, você deve responder uma entrevista com perguntas sobre seus dados pessoais como dados sociodemográficos e de conhecimentos sobre sua vida e sua sexualidade após a lesão medular. Você não será identificada na entrevista, ou seja, sua participação será anônima e as informações que você fornecer serão mantidas em sigilo e serão utilizadas apenas para a realização desse estudo. Os riscos de sua participação nessa pesquisa são mínimos e podem ser relacionados ao seu constrangimento em responder o questionário. Caso sinta desconforto ou mal estar em respondê-lo, você poderá encerrar sua participação, além de ter garantida a minha assistência diante do seu

desconforto. A liberdade de retirar o seu consentimento ou sua participação lhe serão garantidos a qualquer instante do andamento da pesquisa e, também, o direito de ser informada sobre os resultados parciais desse trabalho. Você não terá despesas e, também, não ganhará vantagens financeiras para participar.

Eu estarei à sua disposição para contato e esclarecimento de eventuais dúvidas por telefone (86) 99917-3407 ou por e-mail: danielleferreira@hotmail.com. Caso tenha qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, por telefone (86) 3215-5525.

O seu consentimento voluntário será considerado afirmativo com a sua assinatura ao final deste termo.

Atenciosamente,

Danielle Carvalho Ferreira (pesquisadora principal)

Local

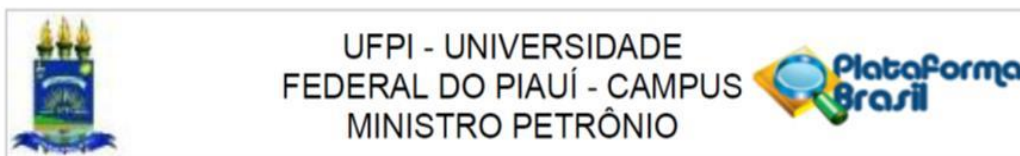
data

Assinatura da participante da Pesquisa:

Assinatura do Pesquisador

Responsável: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEXUALIDADE DE MULHERES APÓS LESÃO MEDULAR

Pesquisador: ANDRÉA CRONEMBERGER RUFINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16338019.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.429.583

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa aborda sobre a lesão medular e a influência na sexualidade de mulheres. A pesquisadora responsável descreve que a sexualidade da mulher está relacionada a aspectos que vão muito além do ato sexual. Envolve toda a complexidade do ser humano e integra sentimentos, feminilidade, desejo sexual, autoestima e subjetividade. A lesão medular pode afetar aspectos físicos, psicológicos e socioculturais da sexualidade nas mulheres acometidas por esta deficiência. **Objetivo:** Conhecer o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa que se propõe a conhecer o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres. A amostra será composta por mulheres acometidas por lesão medular atendidas no CEIR e selecionadas por conveniência. Serão realizadas 15 entrevistas presenciais com mulheres acometidas por lesão medular traumática ou causada por doença sistêmica. Os critérios de inclusão são mulheres com idade entre 18 e 55 anos, com relato de lesão medular de qualquer natureza com no mínimo seis meses de evolução e atendidas no CEIR. Os critérios de exclusão são mulheres que apresentem déficit cognitivo que as impeça de participar da entrevista. O instrumento de pesquisa será um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e construído em três tópicos para guiar as entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.429.583

Conhecer o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres.

Objetivo Secundário:

1.1. Investigar os aspectos psicológicos da sexualidade de mulheres após lesão medular; 1.2. Conhecer os aspectos socioculturais que impactam a sexualidade de mulheres após lesão medular; 1.3. Investigar os aspectos orgânicos da sexualidade de mulheres após lesão medular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados ao constrangimento em responder a entrevista. Antes do início da pesquisa, será esclarecido que as mulheres poderão encerrar a participação caso sintam algum tipo de desconforto ou mal-estar em responder a entrevista. A pesquisadora dará assistência às participantes que porventura sintam-se desconfortáveis. As mulheres têm a liberdade de retirar seu

consentimento ou sua participação em qualquer instante de andamento da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa relacionam-se ao conhecimento da percepção das mulheres sobre as mudanças no corpo, nas emoções, no relacionamento delas com o parceiro e como elas vivenciam a sexualidade depois da lesão medular, uma vez que, existem poucas pesquisas neste âmbito, e os resultados poderão influenciar a melhoria do atendimento a este público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante a sexualidade de mulheres com lesão medular.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória estão anexados.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	



**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO**



Continuação do Parecer: 3.429.583

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1355900.pdf	26/06/2019 23:13:38		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_pesquisadora_assistente.pdf	26/06/2019 23:09:24	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_pesquisadora_principal.pdf	26/06/2019 23:06:59	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_2.pdf	25/06/2019 23:31:58	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil.pdf	20/06/2019 16:47:46	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/06/2019 13:45:57	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ROTEIRO_TCLE_CEP.pdf	20/06/2019 13:37:04	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	20/06/2019 13:23:35	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Outros	Solicitacao_autorizacao_pesquisa.PDF	18/06/2019 07:48:08	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	17/06/2019 23:16:47	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	17/06/2019 23:01:48	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoras.pdf	17/06/2019 22:51:28	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao_e_infraestrutura.pdf	17/06/2019 22:48:56	DANIELLE CARVALHO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.429.583

TERESINA, 01 de Julho de 2019

Assinado por:
KATIA BONFIM LEITE DE MOURA SERVULO
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br