

SATISFAÇÃO SEXUAL DE HOMENS COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Teresa Adelaide Ribeiro Pereira¹⁸

Teresa Vilaça¹⁹

1. Enquadramento Teórico

Vários fatores físico-sociais afetam o “eu” sexual e a expressão sexual das pessoas com lesão vertebro-medular (LVM), experienciando estas pessoas, muitas vezes, uma sensação de perda do seu poder corporal e do “eu” sexual, ocorrendo por isso uma transição para o sentimento de assexuado (Mona, Krause, Norris, Cameron, Kalichman, & Lesondak, 2000).

Segundo um estudo de Rodarte e Muñoz (2004), existem diferenças entre homens e mulheres com deficiência na procura de experiências sexuais, emocionais e subjetivas. Na sua perspetiva, as ‘experiências subjetivas’ referem-se a pensamentos, fantasias e sonhos de conteúdo sexual ou com implicações sexuais, as ‘experiências emocionais’ referem-se a beijos e dar e receber carícias e as ‘experiências sexuais partilhadas’ referem-se à prática de masturbação perante o(a) companheiro(a), da penetração ou ser penetrado via vaginal/anal e estimulação ou ser estimulado oralmente.

De acordo com o estudo de Rodarte e Muñoz (2004), nos homens ocorrem com mais frequência as experiências subjetivas e sexuais, sendo explicado até certo ponto pelos papéis de género estereotipados, tendo menos significado na vida sexual das mulheres, que limitam a sua experiência a alternativas distintas. Neste estudo, o nível de escolaridade também contribui para a maneira como os homens e mulheres experienciam a sua sexualidade, podendo ter atitudes mais tradicionais tendo em conta o meio onde vivem, e a masturbação também é mais frequente nos homens do que nas mulheres, uma relação que é comum na população sem deficiência, onde os homens estão mais inclinados para essa prática, ficam excitados com ela e podem atingir um orgasmo por este meio. Mais uma vez os papéis de género e os fatores educacionais intervêm na situação de deficiência e limitam também as experiências, em especial nas mulheres com deficiência.

A genitalização da sexualidade é mais evidente quando se analisa áreas do corpo onde homens e mulheres atingem a excitação e orgasmo, salientando Rodarte e Muñoz

18 Mestre em Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Enfermeira. Hospital de Braga. Braga – Portugal. 4710-243 E-mail: teresa.ar.pereira@gmail.com

19 Doutora em Educação, na área de Metodologia do Ensino das Ciências. Professora de vários Mestrados em Educação, nomeadamente na área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Braga – Portugal. 4710-057 E-mail: tvilaça@ie.uminho.pt

(2004) que estas são restritas ao pênis, vulva e clítoris, peito, seios e mamilos e pescoço ou nuca. Como resultado, é importante trabalhar a degenitalização, sendo fundamental para a diversificação das suas necessidades emocionais e experiências sexuais ajudar os homens e as mulheres a alcançarem um maior prazer e satisfação sexual.

É de salientar a quantidade de homens e mulheres que apenas ocasionalmente, raramente ou nunca atingem o orgasmo e o contraste do seu grau de satisfação sexual nas relações com o parceiro, está relacionado com o seu nível de ensino (Rodarte & Muñoz, 2004). Neste estudo, verificou-se que as pessoas com mais educação não deixam que os estereótipos sociais os influenciem e têm comportamentos e exprimem a sua sexualidade sem preconceitos.

Noutro estudo realizado com mulheres na Índia, além da atitude indiferente do companheiro e de problemas médicos, a falta de privacidade, tabus culturais, presença de assistentes e a preparação antes da atividade sexual com o companheiro, eram as razões mencionadas para menos satisfação e agravamento da vida sexual após a lesão medular (Singh & Sharma, 2005).

De acordo com um estudo de Phelps, Albo, Dunn e Joseph (2001), a satisfação do parceiro, a qualidade da relação e o desejo sexual foram determinantes significativos do comportamento e satisfação sexual, enquanto que a função erétil, o nível de sensação genital e capacidade de orgasmo eram todas muito variáveis na amostra.

A função sexual da pessoa com LVM envolve a capacidade de manter a intimidade e uma série de comportamentos sexuais, permanecendo o desejo sexual intacto, embora fatores psicológicos possam reduzir a libido durante períodos de ajuste sexual (Ducharme *et al.*, 1988). Na maioria dos casos, as pessoas com LVM sofrem alterações significativas no funcionamento sexual, o que afeta múltiplas áreas da sexualidade, incluindo desejo, excitação, função erétil, orgasmo, ejaculação e fertilidade, além disso, também tem impacto na relação conjugal, sendo a taxa de divórcios superior à média (Phelps *et al.*, 2001). Phelps *et al.* (2001), salientam que, em geral, os homens atribuem muita importância à satisfação sexual.

Neste sentido, com o objetivo de se compreender a satisfação sexual de homens com LVM realizou-se a investigação a seguir descrita que, entre outros objetivos, procurou: i) descrever as mudanças ocorridas na vida quotidiana após a LVM; ii) caracterizar a satisfação sexual dos homens depois da LVM.

2. Metodologia

Amostra

A amostra de conveniência de homens com LVM, foi recolhida num hospital em Portugal, entre os homens que estiveram internados no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do

Centro de Reabilitação e Ortopedia 1. As habilitações académicas destes homens variavam entre o 1º, 2º, 3º ciclo e ensino secundário de forma equilibrada, tinham idades entre os 18 e 59 anos e o seu estado civil manteve-se inalterado após a lesão, exceto num utente (E2), que era casado antes da lesão e divorciou-se após, não pelo facto de ter sofrido uma lesão, mas pelo tipo de relacionamento que tinha. Contudo, antes da lesão, verificou-se que metade da amostra (n=6) era casada, um utente vivia com a companheira (E9), dois utentes eram solteiros e não tinham nenhum relacionamento e três eram solteiros e namoravam (E1, E7, E11), o que se manteve após a lesão.

Instrumento de recolha de dados.

O primeiro protocolo da entrevista foi apreciado por vários profissionais ligados à educação, sexualidade e reabilitação que deram o seu parecer e sugeriram variadas alterações. Na universidade foi validado por uma especialista na educação em sexualidade e outra ligada à área da sexualidade e deficiência. No contexto dos serviços de saúde, também foi analisado por uma enfermeira especialista em reabilitação, uma fisioterapeuta e uma psicóloga de uma associação de deficientes.

Pelo tipo de entrevista selecionada, ou seja, entrevista semiestruturada, ficou-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos, embora se perca a oportunidade de compreender como é que os próprios sujeitos estruturam os tópicos em questão (Bogdan & Biklen, 1994).

Após todas as alterações e reformulações efetuadas durante o processo de validação surgiu a entrevista final que, depois de revista pelos especialistas supracitados, foi testada através da sua aplicação a um sujeito.

O protocolo estava estruturado em três áreas de análise: caracterização da amostra; necessidades em reabilitação e educação em sexualidade dos utentes com lesão vertebro-medular; experiências dos utentes com LVM a nível da educação em sexualidade nos processos de reabilitação. O objeto de análise desta comunicação faz parte dos objetivos relacionados com a deteção das necessidades em reabilitação e educação em sexualidade dos utentes com lesão vertebro-medular.

3. Resultados

Para perceber o nível de satisfação sexual dos utentes após a LVM interessa saber como era o seu relacionamento afetivo-sexual antes da LVM (Tabela 1) e após a LVM. Na tabela 3 está caracterizado o relacionamento afetivo-sexual com a parceira amorosa, sendo em seguida analisada a sexualidade do utente com LVM (Tabela 3).

A tabela seguinte resume o que os utentes entrevistados descreveram sobre o relacionamento afetivo-sexual antes do acidente que causou a LVM (Tabela 1).

Tabela 1. Relacionamento afetivo-sexual com a parceira amorosa antes da LVM (N=12)

Relacionamento afetivo-sexual com a parceira amorosa	Total
Normal	2
Ótimo relacionamento	7
Existência de conflitos/desacordo	1
Relacionamentos extraconjugais	1
Relacionamento pouco coeso e recente	1
Vida sexual ativa	6
Desavenças ultrapassáveis	1
Sem vida sexual	1

No estudo, dois utentes com LVM consideraram ter antes do acidente um relacionamento afetivo-sexual normal (E7 e E10), embora, no geral, exceto E2, todos tivessem ótimos relacionamentos (E1, E3, E4, E7, E8, E9 e E12), embora às vezes existissem desavenças (E8) que não foram verbalizadas como situações problemáticas ou não ultrapassáveis. O utente E2 tinha um casamento péssimo antes do acidente, com existência de conflitos e desacordos constantes e mantinha um relacionamento extraconjugal. Com o acidente acabou por se divorciar, tal como explica a seguir:

Mau, muito mau, era muito instável, muito conflituoso sempre, era um relacionamento muito difícil. Aguentei 20 anos, foi um relacionamento mesmo muito difícil. O acidente veio depois precipitar, mas se não fosse o acidente o casamento ia acabar na mesma. O acidente veio apenas precipitar as coisas mas, mas era um relacionamento muito mau, muitos conflitos, desacordo constante, não havia nada que eu fizesse que a minha ex-mulher gostasse ou apoiasse, nada. A coisa mais inocente do mundo que eu fizesse, para ela não funcionava, ela dizia logo que não, que não queria ou que não concordava... Era um relacionamento muito mau. Eu não faço ideia como aguentei 20 anos, quer dizer, eu sei como aguentei mas não é para aqui chamado. Como saía cedo e entrava à noite, e à noite saía para me divertir, fui aguentando. (E2)

Do total da amostra de 12 utentes com LVM, dois não apresentavam relacionamento amoroso antes da lesão (E5 e E6), um utente tinha um relacionamento recente, pouco coeso e sem a componente sexual ativa (E11), e os entrevistados restantes revelaram que a vida sexual ativa fazia parte desses relacionamentos (E1, E2,

E3, E4, E10 e E12). Estes utentes caracterizaram como era o seu relacionamento com a parceira amorosa no dia-a-dia depois da LVM (tabela 2).

Tabela 2. Relacionamento com a parceira amorosa depois da LVM na vida quotidiana (N=12)

Relacionamento com a parceira amorosa	Total
Saem e divertem-se mais vezes juntos	4
Maior dependência da parceira	5
Mantêm-se unidos	5
Permanece mais tempo em casa e juntos	6
Companheira como suporte familiar	2
Partilha das preocupações com a parceira	3
Ser mais chato com a parceira	2
Terem projetos para o futuro	3
Ansiedade /falar o que não deve	1

Depois do acidente, os utentes ficaram com mais tempo livre para poderem sair e divertirem-se mais vezes com a parceira (E1, E2, E4 e E8), contudo ficaram mais dependentes desta (E2, E3, E4, E9, E10). Isto foi exemplificado pelo utente E2:

Continuamos a sair, a divertir-nos e a passar noites inteiras nas discotecas. Ainda na sexta passada fomos jantar fora, fomos para o “Sardinha Biba” e saímos de lá às 6 horas da manhã. Isto é resultado de quê? O que... eu e ela não escolhemos o restaurante porque tem um acesso facilitado, no que fomos no outro dia os empregados tiveram que pegar em mim e subir pelas escadas, foi no Gauchão e não tem acesso, tem um monte de escadas, ela disse, “tem muitas escadas”, e eu disse “não interessa, se é ao Gauchão, é ao Gauchão que vamos, que temos que ir”. Cheguei lá e os empregados pegaram em mim. Não senti dificuldade, eu podia ter outra atitude: “Ah! O Gauchão não. Vamos procurar outro que seja mais fácil entrar.” Disse-lhe: “Não tens nada que procurar outro que seja mais fácil de entrar, se queres ir ao Gauchão ou a outro que tenha 50 lances de escada, vais”. Não tens que te preocupar, porque alguém te põe lá dentro e também te põe cá fora, isso não interessa. É isso que tens que fazer, se o fizeres começas a sentir que os obstáculos na realidade estão dentro da tua cabeça e do teu querer. (E2)

Por outro lado, a maior parte dos entrevistados referiu que podem permanecer mais tempo juntos em casa, pelo facto de não terem que sair para trabalhar e precisarem do apoio constante da parceira (E2, E3, E4, E8, E9 e E10), considerando-a como o suporte familiar (E8, E10) com a qual partilham as suas preocupações (E2, E3, E4). A maior parte destes relacionamentos foram considerados ótimos, tal como verbalizou

E2: “Muitas vezes eu até me esqueço que estou numa cadeira de rodas, eu acho que esta imagem dá ideia de como é. Com ela é fácil, é tranquilo, é pacífico, é bom de tal maneira que eu esqueço-me que estou numa cadeira de rodas e até parece que tenho asas”.

Este utentes sentiam-se mais unidos às parceiras (E1, E2,E3, E4, E7, E8 e E9) por saberem que elas estiveram lá quando eles precisaram, tendo-se tornado, por este facto, o seu relacionamento melhor: “Vi que realmente ela é a mulher para estar ao meu lado depois do que me aconteceu. Melhorou muito com a ajuda dela” (E1).

Como são utentes que exigem cuidados porque não podem executar algumas tarefas sozinhos, consideraram serem mais ‘chatos’ no seu quotidiano: “Há certas alturas que ainda estou um bocado chato, a mulher tem que me ouvir e se calhar ela não responde, eu falo mais que ela” (E8). Alguns descreveram que ficavam mais ansiosos e discutiam, embora reconhecessem que não o deviam fazer: “Há dias que estamos mais alterados, tem dias que estamos mais calmos, há medicamentos que alteram o sistema nervoso e acabo por falar o que não devo e ofender as pessoas, há uma certa perda de calma” (E3). Com isto, constatou-se na entrevista uma certa explosão de raiva por que reconheciam que se deviam controlar mais, como foi dito por E8.

Para alguns entrevistados, os projetos para o futuro (E1, E2 e E7) como casar e ter filhos também faziam parte do dia-a-dia: “Temos muitos projetos para o futuro, é uma coisa boa ter projetos para o futuro, para a nossa vida. Se isso acontecer tu não pensas no presente, estás sempre com aquela ansiedade de querer realizar isto ou aquilo e depois disso feito queres realizar outra coisa que te vai motivando.”(E2)

Após a caracterização do seu relacionamento diário interessou saber, através das características apontadas pelo utente com LVM, como era o seu relacionamento afetivo-sexual com a parceira amorosa depois da LVM, tendo em conta os aspetos que consideraram mais e menos satisfatórios e preocupantes (tabela 3).

Tabela 3. Relacionamento afetivo-sexual com a parceira amorosa depois da LVM (N=12)

Relacionamento afetivo-sexual	Total
<i>O que é mais satisfatório</i>	
Companhia e o amor da parceira	7
Sentem-se mais próximo e comprometidos	7
Relação mais forte e mais sólida	4
Apoio da parceira na relação afetivo-sexual	4
Vida sexual como um jogo constante	1
Nada se alterou na relação amorosa	5
<i>O que é menos satisfatório e o preocupa</i>	
Interferência da incapacidade na sua vida sexual ⁶	
Dar trabalho à companheira/esposa	5
Não dar tanto prazer à parceira	1
Preocupação em poder ter filhos	4
Preocupação em ficar utente	2
Medo que a companheira se canse de o tratar	1
Ainda não tiveram relações sexuais	2
Não tem preocupações	1

Após a LVM, sete utentes (E1, E2, E3, E4, E8, E9 e E10) consideraram que a companhia e o amor da parceira é o que é mais satisfatório na sua relação amorosa, sentiam-se mais próximos e comprometidos amorosamente e alguns sentiam que o facto de saberem que a parceira não deixou de sentir o que sentia por eles antes da LVM era importante para eles (E1, E3, E7, E8 e E9): “É saber que a tenho ao meu lado e que não mudou nada em relação ao que era antes” (E1); “É sentir que tenho alguém que gosta de mim como eu sou e que não mudou nada desde que fiquei paraplégico”(E7). Estas afirmações confirmaram que não houve alterações nestas relações afetivas.

O apoio da parceira (E1, E2, E3, E7) também foi constatado quando foi verbalizado que o relacionamento sexual ficou diferente: “mas a minha namorada compreende e apoia-me”(E7). Segundo alguns entrevistados, a relação amorosa acabou por ficar mais forte e mais sólida em detrimento da parte sexual que se alterou (E1, E2, E3 e E4). Apesar da preocupação com a parte sexual, a importância dada ao amor que sentiam um pelo outro foi maior (E4) do que a importância dada às atividades do âmbito sexual onde não havia coito, pois como foi salientado: “um casamento depende de muitas coisas, inclusive a parte sexual. Há pessoas que não têm uma vida sexual ativa, mas há outros meios que nos satisfazem sem haver penetração propriamente dita” (E3). Este apoio também se manifestou na partilha de mais intimidade, tornando também a vida num jogo constante e com abertura a novas experiências:

Porque nós agora partilhamos intimidades que no relacionamento antes do acidente não partilhávamos, visto que essas intimidades não eram necessárias e agora são. Do ponto de vista sexual, é claro que as coisas não são como eram antes, são diferentes, nós encontramos uma maneira muito boa, sempre um jogo constante, uma brincadeira e tudo o que acontece não catalogamos como bom ou mau, os compromissos e o que se tiver que fazer, como é um jogo para nós é bom e acabamos por obter os resultados que queremos. Tem sido, é sempre fantástico, tem momentos que as coisas não correm tão bem, por exemplo, no outro dia experimentamos, a cadeira eléctrica põe-me de pé e eu queria fazer coisas que já não fazia há muito tempo, estar de pé e experimentar, a experiência não correu lá muito bem mas foi engraçada, ela deitou-me na cama e terminamos o que tínhamos a fazer. Mas isto revela que nós fazemos a experiência. Dê o resultado que der para nos é bom, se der bom resultado para nós porreiro: “olha que coisa boa que a gente descobriu”, se não der resultado ficou a experiência, é bom na mesma e fica-se a saber que aquilo não funciona. (E2)

O extrato anterior demonstra a vontade que alguns homens entrevistados têm em não assumirem a incapacidade como um aspeto limitador da satisfação sexual do casal, recorrendo a novas experiências e retirando daí os aspetos positivos. No entanto, em alguns dos utentes a interferência da incapacidade na relação afetivo-sexual deixava-os menos satisfeitos, preocupados e sem vontade para experimentarem alternativas e novas experiências (E1, E3, E4, E9, E10, E12). Estas alterações foram susceptíveis de provocarem mudanças nas atitudes dos utentes face à sexualidade: “Mudou um bocadinho, mas pouco. A sensibilidade não é igual” (E12). O problema da sensibilidade foi apontado como uma das interferências da incapacidade na sua vida sexual. Além disso, existia a vontade de agradar à companheira e não ser tão dependente da ajuda dela (E2 e E4), mas a espasticidade e as queixas algícas foram evidenciadas como interferindo na sexualidade:

Tenho dias que tenho mais espasmos, porque tenho dias que não tenho dores nenhuma, estou porreiro. Ainda no outro dia fiz uma surpresa à minha esposa, quando ela chegou a casa eu já tinha tirado a roupa e já me tinha deitado na cama, várias vezes sento-me, mas só daquela vez é que me deitei, tirei a roupa e pus as pernas, ela ficou contente mas também ficou com medo pois não quer que eu faça isso sozinho, fica preocupada. (E4)

O facto de darem trabalho à parceira (E2, E4, E8, E9 e E10) e não lhe darem tanto prazer (E7) foi manifestado como menos satisfatório na relação afetivo-sexual.

Neste estudo, dois utentes (E8 e E10) após a LVM ainda não tiveram relações sexuais, tendo um verbalizando que desde que saíram do hospital nunca mais tiveram relações, porque

pensavam que já não podiam: “deve ser do problema que tenho, só temo que tenha a medula presa, será do problema da coluna” (E10). O entrevistado E8 explicou:

(...) a vida sexual mudou, porque eu depois da minha lesão total, não tenho relações sexuais. E a relação amorosa está boa, muito boa, dia para dia vai-se aperfeiçoando mais, está melhor. Posso dizer que está melhor agora depois de ter tido o acidente, do que era antigamente. Antes da lesão a nível das relações sexuais era menos chato, agora que vejo que não consigo, ainda me passam certas coisas pela cabeça, mas é mais uma coisa que tenho de ultrapassar, porque não posso, não posso, porque derivado à lesão que tive, porque a minha medula atualmente tratada, não tenho reação nenhuma, não tenho ereção. (E8)

A preocupação em poderem ter filhos fez parte da perspetiva dos casais (E1, E2, E7, E9 e E12) e surgiu no âmbito das preocupações relacionadas com a infertilidade que poderão estar presente após a LVM: “mas o que me preocupa é futuramente se poderei ter filhos normalmente como qualquer homem tem/faz. É a única coisa que me preocupa. Mas se não for de uma maneira será de outra” (E1). Além disso, também manifestaram preocupações em ficar utentes (E2 e E10) e o medo que sentiam acerca das companheiras se cansarem de os tratar (E2 e E9). Este medo está narrado no excerto seguinte:

Ganhar uma escara, preocupa-me do ponto de vista físico. Medo que me atire para a cama durante meses não é só uma prisão para mim, também é para ela. Por exemplo, ainda ontem aconteceu isso, eu saí na cadeira elétrica para um lado e ela foi ter com umas amigas para outro, ou seja, ninguém prende ninguém, ela liga-me a perguntar onde estou, se está tudo bem depois encontramos-nos na rotunda ou no café x. É normal, como uma pessoa normal, porque eu estou de saúde, porque se estivesse numa cama, se calhar para ela ia ser mais difícil sair, é isso que me preocupa, é isso que tenho medo. Outra coisa que me preocupa, é um pensamento que me assola todos os dias, tenho medo que ela se canse de me tratar, porque é jovem é bonita, e eu estou assim, é uma preocupação natural que eu já partilhei com ela, já falamos sobre isso e ela diz-me que isso nunca vai acontecer e eu espero que não. Preocupa-me que ela se canse de mim, como eu dou muito trabalho e sou bastante exigente, embora eu tente levar sempre as coisas na desportiva, embora às vezes não seja possível, esse facto preocupa-me, que ela se canse de me tratar. Eu tento resolver isso dando-lhe o máximo de carinho e amor que eu posso, não a sobrecarregando com tarefas inúteis, tento compensá-la de maneira que ela sinta que tratar de mim não é um problema e até é uma coisa boa, uma coisa do dia-a-dia, uma coisa que nos une, praticamente é isso. (E2)

Pode-se concluir que com a presença de uma LVM, a relação amorosa destes homens

não foi desvalorizada e afetada de forma negativa, antes pelo contrário, a situação de doença e incapacidade fortificou a relação por parte das mulheres, companheiras dos utentes deste estudo, que ficaram mais próximos e mais unidos, tendo a parte sexual sofrido algumas alterações, em alguns casos mais radicais, tendo deixado a componente sexual de lado, como é referido pelo utente E8: “Eu acho que a minha relação amorosa estando como está, está boa. Estou no bom nível, estou 85% satisfeito. Esses 15% que faltam são referentes à parte sexual, mas eu tenho que me controlar”.

A sexualidade dos utentes foi analisada neste estudo segundo as perspetivas descritivas a nível fisiológico e afetivo dos utentes com LVM. Esta define-se no dar e receber prazer, no desejo sexual, no que as pessoas pensam e veem, no facto de se expressarem sexualmente sem preconceitos, como uma coisa boa que tem presente amor e sexo.

Numa primeira perspetiva a sexualidade foi descrita como: “é eu ter o meu prazer e dar prazer à mulher. E a mulher fazer ao contrário, dar prazer a mim”(E1). É ter desejo, sem ele não há sexualidade, tal como diz E2:

90% [do desejo é] intelecto e 10% é o resto. Já era assim antes (...), depois da experiência por que estou a passar verifico que a sexualidade sempre foi 90% ou mais de desejo, porque eu hoje vejo que tu podes tomar os comprimidos que quiseres, mas se tu não tiveres desejo sexual, se tu não tiveres, não há nada que te salve..., não tens o estímulo cá em cima, não tens o desejo não há nada que te salve, por isso a sexualidade é isso. Hoje vejo que a sexualidade está muito mais além daquele ato primário de introduzir o pénis na vagina da mulher, está muito antes disso, em tudo o que acontece antes e muito depois desse momento. (E2)

O entrevistado E3 referiu que a sexualidade “depende muito do que as pessoas pensam e veem. Cada um escolhe a melhor forma de estar sem preconceitos, todas as pessoas deviam pensar assim”. A sexualidade também foi caracterizada como: “uma coisa boa” (E4); “uma coisa importante num casal”(E9); “um meio para atingir o prazer entre o homem e a mulher”(E11); e “amor e sexo, tem que haver as duas coisas, pode haver sexo sem amor, mas amor sem sexo acho que é complicado”(E7). Uma perspetiva diferente de sexualidade foi apresentada por outro utente: “sexualidade para mim, agora, é... a cumplicidade que se desenvolve numa relação, a proximidade, o afeto e não apenas a parte da relação do sexual, tudo o que era até agora para mim, tirando o sexo” (E6). Por fim, um dos utentes apenas referiu que “é quase igual” (E12) e dois utentes abordam a sexualidade como algo que já não tem interesse: “é uma coisa que sinceramente não me chama a atenção, uma coisa que para mim está enterrada, no início, após a lesão, foi complicado, mas agora não” (E8). Outro disse: “hoje não me diz nada, a respeito de nada, será pelo tal problema que tenho” (E10) e outro utente manifestou apreensão acerca da sua sexualidade: “hoje em

dia, lá está até tenho receio de pensar, de chegar lá, de pensar... sei lá ... de explorar a esse nível e de não ser como penso, tenho receio de experimentar e se tornar uma desilusão”(E5).

A caracterização da sexualidade permitiu analisar o que é mais e menos satisfatório no relacionamento com a parceira, através de aspetos da componente afetiva e fisiológica que dependem da função sexual influenciada pelas alterações provocadas pela LVM (Tabela 4).

Tabela 4. Sexualidade do utente depois da LVM (N=12)

	Total
<i>O que é mais satisfatório</i>	
Continua a sentir desejo sexual	7
Ter ereção	3
Ter ereção com ajuda medicamentosa	4
Atingir o orgasmo	2
Ter ejaculação com o electroestimulador	1
Contributo da parceira na estimulação sexual	1
Amor e carinho	4
Conseguir ter estratégias para ter e dar prazer	1
<i>O que é menos satisfatório e o preocupa</i>	
Sentir pouco prazer	5
Não ter ereção normal	2
Dificuldade na ereção e ejaculação retrógrada	1
Não ter ejaculação e orgasmo	7
Diminuir o desejo sexual	3
Ausência de sensibilidade na área genital	3
Não controlar as ereções (ereções reflexas)	4
Interferir nas posições sexuais	2
Ter menos mobilidade	3
Interferência medicamentosa na sexualidade	1
Ter que depender de medicação para ter ereção	3

Em relação à sexualidade do utente com LVM, existiram alguns aspectos mais satisfatórios e outros menos satisfatórios. A referência à diminuição ou alteração do desejo sexual foi verificada em três utentes (E3, E9 e E10): “Não é igual. Quando há disposição de ambas as partes, aí sim aproveitamos” (E3); “Depois do acidente, tenho menos, piorou, mas hoje em dia tudo dá para... o desejo é mais reduzido” (E9); e “Pouco. Diminui depois da lesão” (E10).

Sete dos utentes continuaram a sentir desejo sexual (E1, E2, E4, E7, E9, E11, E12), três deles conseguiam ter ereção (E1, E11, E12) sem ajuda medicamentosa, enquanto que quatro utentes necessitavam de ajuda medicamentosa para ter e manter uma ereção duradoira (E2, E3, E4 e E9), podendo mesmo tornar-se bastante dolorosa a sua aplicação, quando este tinha alguma sensibilidade genital e não conseguia manter uma ereção, como assim foi referido por E3:

Na verdade, o meu especialista tem experimentado vários fármacos mas não dá o efeito que eu pretendo. O especialista que me acompanha vai propondo tratamentos por escala. Testei o viagra, não deu resultado, foi por pouco tempo, testei outro não me recordo o nome e agora estou a testar outro fármaco. Tenho também um de injetar diretamente, mas cheguei à conclusão com a minha esposa que é muito doloroso, tanto a injeção como os efeitos secundários.

O facto de depender de medicação para ter ereção (E2, E4 e E9) também tornou menos satisfatória a relação, tendo em conta o gasto de dinheiro extra que têm e o receio de que se tomarem essa medicação com mais frequência, por vezes, não consigam ter ereção e, outras vezes, ela não seja suficientemente duradoira para o coito: “Fiz uma vez medicação, até tenho aí. Foi receitado pelo médico do Porto. Aí a ereção já durou uma hora, mas eu também tenho um bocado de medo de estar a tomar sempre isso” (E4). E3 falou sobre o medo da interferência medicamentosa na sua sexualidade: “No caso da ereção, o que ganho no ginásio de massa muscular eu perco com os medicamentos que são relaxantes musculares e isso afeta muito o pénis. O meu psiquiatra já me tirou uma série de medicamentos que achou que pudessem interferir nesse aspeto.” (E3)

Na sexualidade dos utentes, os gestos de amor e carinho proporcionados pela parceira foi algo que foi revelado como importante para alguns dos entrevistados (E1, E2, E4, E7, e E9). Estas manifestações só são sentidas pelo utente acima do nível da lesão e, muitas vezes, estas sensações são intensificadas, tornando-se estas zonas mais sensíveis, tendo em conta o que foi revelado nas entrevistas: “Agora é diferente, não sinto prazer nenhum, o que eu sinto é os carinhos dela na cara é onde eu sinto mais e a nível do peito, a partir daí não sinto nada”(E4);

“Tenho o carinho da minha namorada e o amor dela, é o que me interessa”(E1). Como já foi referido, a ausência de sensibilidade na área genital foi abordada por três utentes (E2, E8, E12), como uma interferência na sua sexualidade, tendo um deles deixado de acreditar na sua sexualidade e nas suas manifestações de prazer através das relações sexuais:

Estava habituado, aquilo era dia sim dia sim, e de um momento para o outro fiquei incapacitado, foi um bocado complicado, a cabeça dá um nó. No momento que me disseram “Você a partir de hoje do umbigo para baixo está completamente paralisado, relações sexuais nada”, eu meti isso na

cabeça. (E8)

Dos entrevistados, cinco utentes referiram ter pouco prazer sexual depois da LVM (E1, E2, E4, E7 e E9), estritamente relacionado com a falta de sensibilidade, mas para o utente E2 é diferente:

Eu não consigo é sentir o toque, quando me toca não sinto nada, obviamente que no pénis, também não sinto nada, quando há penetração não sinto nada, o gosto que eu tinha em beijá-la antes, tenho o mesmo gosto e prazer em beijá-la agora, a nível de beijos e toques, o que eu gostava de fazer continuo a gostar de fazer (...)

Neste estudo, a maioria dos utentes não tinha orgasmo nem ejaculação (n=7). Mesmo quando na presença de uma lesão medular incompleta com a possibilidade de haver ejaculação, quando esta acontecia tornava-se mais demorada e podia, por vezes, culminar numa ejaculação retrógrada:

Porque agora como demoro para ter a ejaculação, eu acho que ao fazer esvaziamento sai esperma junto, porque quando estou com infeção sai esperma. Até estou à espera de umas análises para saber se é ou não. Porque quando não tenho infeção a relação sexual é boa, até a ereção e ejaculação é mais ativa. Quando estou assim, até tenho certo medo e tenho que tomar precauções, o preservativo. (E1)

Dois utentes verbalizaram que não tinham ereção normal (E2 e E8), sendo de salientar a presença de ereções reflexas e psicogénicas que estes não conseguiam controlar (E1, E2, E6 e E7): “o que mudou é que não tenho as ereções que tinha, tenho ereções fora do tempo e nos momentos mais descabidos, mas acontece, não consigo controlar” (E2); “há dias que é quase normal e há outros dias que não há, outras vezes existe mas não é controlada” (E7). Por outro lado, estes utentes referiram que durante o internamento hospitalar apresentavam ereções sem se aperceberem delas, e sentiam pudor por isso:

(...) eu tinha o meu parceiro do quarto ao lado que ficava todo contente; ele tinha ereção a qualquer hora, quando entrava no quarto uma enfermeira. Eu cheguei a assistir a isso, eu não. Primeiro que tudo, se eu tivesse ereção até ficava envergonhado e dizia: “se não se importa vai dar ali a medicação a outro ou aquele”, que era para ver se aquilo acalmava. (E1)

Por outro lado, na visão dos utentes a ausência de sensibilidade estava relacionada com a ausência de ereções normais, permanecendo as ereções reflexas: “tenho ereções, mas isso

como não tenho sensibilidade, é a parte que perde interesse... tenho ereções reflexas, mas não tenho ereções psicogénicas.” (E6)

A LVM também interferia nas posições sexuais (E1 e E2), visto não conseguirem fazer todas as posições sexuais que faziam antes e também de forma indireta pela alteração da atitude sexual que passou de ativa para passiva devido à diminuição da mobilidade (E2, E7 e E9). Numa fase precoce, a interferência com o posicionamento sexual tendeu a ser maior, visto que a capacidade de se mobilizar estava mais limitada:

Antes tinha que estar deitado e a namorada é que fazia tudo... agora como já tenho certos movimentos, consigo fazer as posições... tinha menos movimentos, mas esforçava-me para recuperá-los até na parte da sexualidade, com a ajuda da namorada e consegui.” (E1)

Contudo, conseguir ter estratégias para ter e dar prazer colmata essa dificuldade (E2). A falta de mobilidade levou a maior parte dos utentes a considerarem que a sua vida sexual piorou “uma pessoa não se mexe como antes, agora está pior” (E9). O entrevistado E2 explicou:

Interfere logo pela mobilidade. Há coisas na sexualidade de duas pessoas que tem a ver com a mobilidade, com as posições, com tu gostares de ver a mulher numa determinada posição, estou a falar do meu ponto de vista, do ponto de vista da mulher deve ser a mesma coisa, ou a partir de um determinado ângulo que eu agora não consigo. Mas eu tento resolver isso, arranjando outras maneiras, se não consigo estar de joelhos e penetrar a mulher por traz que eu gostava muito, tenho de arranjar outra maneira, tenho de me sentar e pedir a ela para me virar as costas e arranjar maneira de obter o mesmo resultado e prazer de outra maneira, mas interfere, claro que interfere muito. Eu, depois da lesão tomo medicamentos para ter ereção e ela até se prolonga mais tempo do que é necessário e não teres mobilidade para fazer determinadas coisas em determinadas ocasiões é de facto muito impeditivo. (E2)

O atingir o orgasmo foi apenas verbalizado por dois utentes (E1 e E12). Um deles recorreu à ajuda de um electroestimulador e o outro referiu que foi graças à namorada, que o ajudou a estimular a ejaculação, aspeto importante para a sua sexualidade: “Eu precisei muito dela para conseguir estimular o esperma e essas coisas todas, isso dito pelos médicos, e ela ajudou-me nessa parte. Por isso damo-nos ainda melhor e quem sabe, vamos casar brevemente” (E1). O recurso ao electroestimulador foi utilizado para ejacular, complementado com o uso de medicação para favorecer a ereção:

A ereção alterou-se radicalmente, como se alterou a ejaculação. Em relação à ereção tomo medicação

para ter uma ereção duradoira e não ejaculo ou ejaculo com ajuda de um electroestimulador. Um vibrador que experimentei na “Prelada”, que é um método engraçado, que é um vibrador conseguido para homens, que é um tubinho que tem um pequeno disco quando queres atingir o orgasmo e queres ejacular, tu com o vibrador que se aplica na base da glande e pressiona-se, aquilo em meia dúzia de segundos ejaculas. (E2)

A utilização do electroestimulador pelos utentes, poderia contribuir para melhorar a sua sexualidade, na medida em que sete utentes referiram que deixaram de ter orgasmo ou ejaculação (E3, E4, E7, E8, E9, E10, E12) e a sensação de ejacular e atingir o orgasmo nestas circunstâncias foi descrita por um utente:

A sensação de ejaculação é a mesma que eu tinha antes, a sensação que acontece no interior do corpo é a mesma, mas acontece uma coisa curiosa que eu antes controlava, aqueles espasmos, os músculos que se contraem, eu como antes controlava agora fico todo teso, todo teso, aquelas sensações interiores, até aquele calor, rubor da face acontece-me na mesma. (...) o orgasmo, consigo obtê-lo com ajuda desse electroestimulador, é uma espécie de terminar... Não são aquelas ejaculações como eu tinha, mas consigo ejacular e sentir o prazer do orgasmo como sentia, com a ressalva de não conseguir controlar o meu corpo. (E2)

4. Discussão dos Resultados e Conclusões

Para investigar a satisfação sexual dos utentes, foram analisados os relacionamentos antes da lesão e depois da lesão. Verificou-se que todos os relacionamentos permaneceram bons e a parte afetiva ficou mais forte em detrimento da parte sexual, como era de prever através do estudo de Phelps *et al.* (2001), que revelou que a satisfação sexual dos utentes com LVM era mais influenciada pela proximidade emocional, respeito mútuo e um variado repertório sexual do que por fatores fisiológicos, como o orgasmo e a função erétil.

Na perspetiva dos utentes com LVM estudados na nossa investigação, um relacionamento que era considerado normal e bom continuou a sê-lo após a LVM. Um aspeto importante para a maioria dos utentes com LVM foi esse relacionamento ter-se tornado melhor que antes da LVM, onde a componente afetiva agora era mais enfatizada que a sexual, pois as suas parceiras ao darem mais atenção e mais cuidados estavam a proporcionar ao mesmo tempo mais afeto. Outro aspeto importante a referir, é que a presença da LVM não levou à separação dos casais ou ao abandono por um dos parceiros, situação que se verificou na bibliografia revista que descrevia que o número de divórcios aumenta após LVM (Phelps *et al.*, 2001).

Uma parte dos utentes do nosso estudo continuou a ter projetos para o futuro, nomeadamente a manifestar o desejo de poderem concretizar o papel da paternidade, o que poderemos considerar normal tendo em atenção a longevidade deste tipo de utentes.

No nosso estudo, verificou-se ainda que o amor, o carinho, o beijo, o toque e certas atitudes que costumavam ter antes da lesão continuaram a dar prazer após a lesão, excepto nas zonas do corpo que não tinham sensibilidade, ou que tinham a sensibilidade diminuída, ou seja, abaixo do nível da LVM. Estes dados estão de acordo com o que foi revisto num estudo de Anderson *et al.*(2007), que revelou que a função sexual no caso de LVM é influenciada pela integridade do sistema motor, sensorial e autónomo assim como por fatores sociais e psicológicos.

A ejaculação também estava ausente na maioria dos utentes deste estudo. A ejaculação assistida, através de vibro-estimulador, foi experimentada por um dos utentes, ressaltando, na perspetiva de Anderson *et al.*(2007), que esta quando induzida por electroestimulação têm efeitos secundários significativos podendo induzir uma disreflexia autónoma em homens com lesão acima de D6. Contudo, são métodos utilizados para induzir a ejaculação para a colheita de sémen para propostas de fertilidade.

Como foi visto nos utentes do nosso estudo, há influência do sistema motor, sensorial e autonómico na função sexual após LVM. A nível do sistema motor, verificou-se a ausência da capacidade ejaculatória na maior parte dos utentes, assim como a diminuição da ereção. Por outro lado, a espasticidade e a dor causada também influenciou a sexualidade dos utentes do nosso estudo, contudo, segundo Gianni (2007) e Anderson *et al.*(2007) a sua presença pode ser benéfica porque a espasticidade durante a atividade sexual aumenta a probabilidade de ereção, podendo ser indicador de que o arco reflexo sagrado está íntegro.

A maioria dos utentes entrevistados no nosso estudo não tinha ereção suficiente para o coito, necessitando de ajuda medicamentosa. Um estudo de Anderson *et al.* (2007) mostrou que a presença de ereções reflexogénicas ou psicogénicas não indica que sejam necessariamente ereções rígidas ou capazes de se manterem para o coito.

Alguns destes utentes revelam que para terem ereções, têm custos financeiros, pessoais e podem mesmo tornar-se dolorosos quando implica a sua aplicação direta. Como é referido por Anderson *et al.* (2007), a existência de ferimentos no pénis era provável quando utilizados dispositivos ou injeções.

Neste estudo, os fármacos via oral eram os mais utilizados para a disfunção erétil, indo de encontro aos resultados apontados por Anderson *et al.* (2007), que indicava o “viagra” era o fármaco oral mais usado (42,2%), seguido dos anéis na base do pénis, o dispositivo mais utilizado de todos os dispositivos.

A maioria dos utentes entrevistados não tem controlo voluntário do intestino e da bexiga, logo o sucesso para ter ejaculação e orgasmo é pouco provável. Ao nível do sistema sensorial, a ausência e diminuição da sensibilidade é verificada nos utentes após LVM, tendo

em conta que a ausência de sensibilidade genital está ligada à verbalização de sentir pouco prazer por parte deles. Para Anderson *et al.* (2007), quando a sensação genital está ausente, os indivíduos estão mais propensos a desenvolver novas áreas de excitação acima do nível da lesão. A adaptabilidade ocorre mesmo em indivíduos que não podem sentir o toque na região anal (inervado pelos dermatômos S4/S5) e que não conseguem mexer as pernas. Segundo Dahlberg, Alarante, Kautiainen e Kotila (2007), embora os tratamentos para a disfunção erétil e anejaculação sejam eficazes, as consequências psicológicas e emocionais da LVM na sexualidade exige mais atenção.

Para definir sexualidade, cada um dos utentes com LVM descreveu a sua perspetiva pessoal, segundo a linha do seu pensamento, tendo em conta alguns aspetos da sexualidade, que deu mais importância que outros, indo de encontro ao que Mona, Krause, Norris, Cameron, Kalichman e Lesondak (2000) descrevem, quando partilham da ideia de que o pensamento do indivíduo sobre a sua sexualidade é subsumido sob a sua sensação geral de autoestima, atratividade, adequação e realização de atos sexuais.

No nosso estudo, com a presença da incapacidade alguns utentes consideram estar mais chatos com a parceira, considerando terem dias bons e dias maus, reconhecendo perder a calma em certas situações, tendo contudo o apoio das esposas. Como refere Oliveira (2004), este novo estado de corpo pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo.

As companheiras, além do papel de companheiras também desempenharam o papel de cuidadoras, tornando-se por vezes preocupante para os utentes com LVM o facto de darem trabalho às companheiras quando têm de cuidar deles, com o receio de levar ao cansaço da cuidadora e o medo irreal do abandono. Greco (2000) refere a este propósito que podem surgir situações de desequilíbrio nas relações entre o casal, pois quando se fala do papel de cuidadora e prestadora de cuidados, esta sobrecarga pode levar à sua exaustão. No nosso estudo, quando foi verificado por parte dos utentes o medo do cansaço da companheira, um deles verbalizou ter medo de ser abandonado.

No nosso estudo, após LVM todos os relacionamentos amorosos foram mantidos ainda mais fortes que antes. Os utentes após a LVM, estavam mais tempo com a companheira, porque também tinham mais disponibilidade para isso, assim como para sair e divertirem-se mais, contudo, estavam mais dependente dela por isso. Estes utentes consideraram que tiveram muito apoio das companheiras, estando mais unidos e tendo bons relacionamentos. Contudo, surgiu-lhe a vertente de se considerarem mais chatos, mais exigentes e alguns referiram não terem tanta calma, discutindo mais que antes. Denotou-se em alguns uma certa explosão de raiva que queriam controlar mais, reconhecendo que não o deveriam fazer.

Segundo Martins *et al.* (2005), o facto destes utentes continuarem a ter projetos para o futuro que os motivem no dia-a-dia, o que em alguns dos casos passa por casar e ter filhos, permite-lhes não perder a capacidade de formular objetivos a longo prazo,

podendo envolver elementos ambientais, culturais e familiares.

No nosso estudo, na relação afectivo-sexual como casal, após a LVM, o relacionamento com a parceira amorosa modificou-se, tendo alguns aspectos mais satisfatórios e outros que lhes geraram preocupações. Mais de metade dos utentes sentiam-se mais próximos e comprometidos amorosamente ao permanecerem com a mesma companheira, pois consideravam que apesar de tudo, não os abandonou e não deixou de sentir o afeto que sentia antes. Cerca de metade dos homens com LVM referiu que apesar do relacionamento sexual ser diferente, a companheira compreendeu e apoiou-o e a relação amorosa acabou por ficar mais forte e mais sólida.

Podemos considerar que para a maior parte destes utentes com LVM, o amor está na base dos relacionamentos que incluem uma partilha de mais intimidade na prestação de cuidados inerentes à situação clínica de dependência nos autocuidados. Para estes utentes, a incapacidade interferiu na relação afectivo-sexual porque se sentiram sexualmente menos satisfeitos e preocupados, tanto pelo trabalho que davam à companheira e como pelo receio de não proporcionarem tanto prazer, como antes da lesão. Neste estudo, tal como no de Alves *et al.* (1999) existe dificuldade em (re) estabelecer a satisfação sexual, para a maior parte da amostra.

No nosso estudo, quando questionados acerca da satisfação sexual, também responderam não conseguirem ter relações sexuais relacionada com a ausência de ereção. E, como consequência, também mostraram a preocupação de não poderem ter filhos. A maior parte acrescentou também que tinham receio de ficarem utentes pois têm mais necessidade de cuidados de saúde.

Na sexualidade foram analisados aspectos considerados mais satisfatórios e outros menos quando está implicada a disfunção física: como conseguir ou não ter ereção duradoira ou necessitar de medicação para a ter; e pela ausência de sensibilidade genital, não atingir o orgasmo, excepto com a ajuda de electro-ejaculador (electroestimulador). Contudo, o nosso estudo mostrou que a obtenção de satisfação sexual não depende somente da estimulação física, mas também da capacidade criativa, capacidade de imaginação, compreensão da parceira e no fundo da abertura do casal para novas experiências, tal como se verificou em Alves *et al.* (1999).

Como refere a literatura, os gestos de amor e carinho no corpo, sentidos nas zonas acima da lesão mais intensificados, proporcionam uma sensação de prazer agradável quando são desencadeadas por estímulos provenientes de áreas erógenas extra-genitais e de criação e recriação de fantasias sexuais (Borrelli Junior, 2007). Por outro lado, não sentirem o toque na região genital, leva-os a referir no nosso estudo que sentem menos prazer sexual.

O desejo sexual manteve-se inalterável nalguns utentes que continuam a senti-lo, contudo, alguns referem estar alterado ou diminuído pela questão da disposição das parceiras e também como consequência do acidente que não souberam explicar. Tal

como refere Phelps *et al.* (2001), o desejo sexual permanece intacto, embora fatores psicológicos possam reduzir a libido durante períodos de ajuste sexual. Por conseguinte, as alterações no funcionamento sexual afetam múltiplas áreas da sexualidade, que neste estudo foram o desejo, a excitação, a ereção, orgasmo, ejaculação e a fertilidade (Phelps *et al.*, 2001).

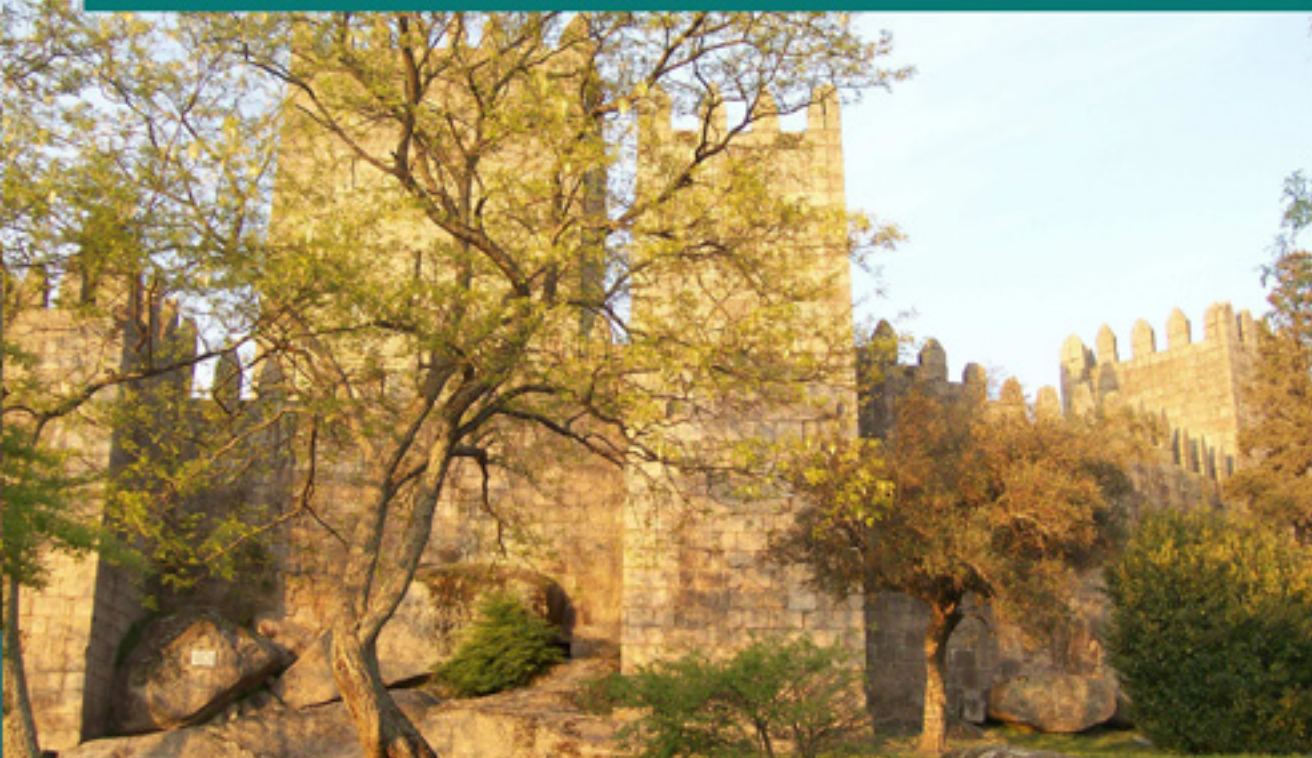
A adaptação de uma atitude sexual mais passiva é influenciada pelo posicionamento sexual, que fica mais dificultado pela limitação da mobilidade, espasticidade incontrolada e dor crónica. Para mais de metade dos utentes do estudo a principal limitação foi a incapacidade de movimentarem-se. Para mais de metade da amostra, a toma de medicação para ter ereção suficientemente firme e duradoura, também influencia a satisfação sexual, visto que sem ela podem ocorrer ereções parciais de curta duração (Greco, 2000; Borrelli Júnior, 2007) e também por alguns receios em estarem sempre a tomar fármacos que proporcionem a ereção, contudo na experimentação de outros métodos de ajuda para obter ereção foi verificado algum insucesso e consequente desistência.

REFERÊNCIAS

- Alves, A., Guedes, M. H., & Alves, V. (1999). Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *Acta Fisiátrica*, 6 (1), 6-9.
- Anderson, K. D., Borisof, J. F., Johnson, R. D., Stiens, S. A., & Elliott, S. L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord*, 45, 328-337.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borrelli Júnior, M. (2007). Disfunção Sexual. In A. C., Fernandes, A. C. R., Ramos, M. E. P., Casalis, & S. K. Hebert, (ed.), *AACD - Medicina e Reabilitação* (pp. 495-507). São Paulo, Brasil: Editora Artes Médicas.
- Dahlberg, A., Alaranta, H., Kautiainen, H., & Kotila, M. (2007). Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *J. Rehabil Med.*, 39, 152-155.
- Ducharme, S., Gill, K., Biener-Bergman, S., & Fertitta, L. (1998). Função Sexual: Aspectos Clínicos e Psicológicos. In D. M. Currier, B. M. Gans, P. F. Gates, J. A. Leonard, & M. C. McPhee (eds.), *Medicina Física e Reabilitação – Princípios e práticas* (Vol. 2, pp. 735-759). São Paulo – Brasil: Editora Manole Ltda.
- Greco, S. (2000). Educação e Aconselhamento sexual. In S. P. Hoeman (ed.), *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (pp. 647-679). Loures: Editora Lusociencia.
- Martins, G., Cunha, S., & Coelho, R. (2005). A auto-actualização como motivação para aceitação

- da doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1/2) Janeiro/Dezembro, 115-123.
- Mona, L. R., Krause, J. S., Norris, F. H., Cameron, R. P., Kalichman, S. C., & Lesondak, L. M. (2000). Sexual expression following spinal cord injury. *Neuro Rehabilitation*, 15, 121-131.
- Oliveira, R. A. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 63-67.
- Phelps, J., Albo, M., Dunn, K., & Joseph, A. (2001). Spinal cord injury and sexuality in married or partnered men: activities, function, needs, and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (6), 591-602.
- Rodarte, I. T., & Muñoz, M. P. B. (2004). Inventory of sexual experiences and response in disability (IEReSDI): Construction and validation of the scale of the sexual response in people with disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 181-195.
- Singh, R., & Sharma, S.C. (2005). Sexuality and Women with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 23 (1), 21-33.

Sexualidade, Gênero e Educação Sexual: Diálogos Brasil-Portugal



Paulo Rennes Marçal Ribeiro | Ana Cláudia Bortolozzi Maia |
Célia Regina Rossi | Filomena Teixeira | Isabel Chagas |
Isabel Martins | Mary Neide Damico Figueiró |
Sonia Maria Martins de Melo | Teresa Vilaça
(Orgs.)

SEXUALIDADE, GÊNERO E EDUCAÇÃO SEXUAL: DIÁLOGOS BRASIL-PORTUGAL

Organizadores

Paulo Rennes Marçal Ribeiro

Ana Cláudia Bortolozzi Maia

Célia Regina Rossi

Filomena Teixeira

Isabel Chagas

Isabel Martins

Mary Neide Damico Figueiró

Sonia Maria Martins de Melo

Teresa Vilaça

Araraquara | 2014



Ribeiro, Paulo Rennes Marçal

Sexualidade, gênero e educação sexual : diálogos Brasil-Portugal / Paulo Rennes Marçal Ribeiro et al. (Org.). – Araraquara, SP: Publicações CIED: Padu Aragon, 2014.

346 p. ; 21 cm. – (Série Temas em Educação Sexual; 1)

R354S

ISBN 978-85-68903-00-1

1. Educação sexual. 2. Brasil. 3. Portugal. I. Título. II. Série.
III. Maia, Ana Cláudia Bortolozzi. IV. Rossi, Célia Regina.
V. Teixeira, Filomena. VI. Chagas, Isabel. VII. Martins, Isabel.
VIII. Figueiró, Mary Neide Damico. IX. Melo, Sonia Maria Martins de.
X. Vilaça, Teresa.

CDD 613.95

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da FCLAr – UNESP.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 8

**DO INFERNO À CASA DAS HISTÓRIAS: REPRESENTAÇÕES DA SEXUALIDADE
NA ARTE EM PORTUGAL**
FERNANDO MOREIRA MARQUES.....9

**MENSAGENS DE SEXUALIDADE E GÊNERO NA CAMPANHA DE PREVENÇÃO
DA INFECÇÃO VIH/SIDA “USO PRESERVATIVO SEMPRE”**
ANA FRIAS & FILOMENA TEIXEIRA.....24

SATISFAÇÃO SEXUAL DE HOMENS COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR
TERESA VILAÇA & TERESA ADELAIDE RIBEIRO PEREIRA.....36

**“A MULHER QUE TINHA UM DEFEITO”: TRANSEXUALIDADE, CLÍNICA
PSICANALÍTICA E AS (TRANS)FORMAÇÕES NO PROCESSO TERAPÊUTICO**
YURÍN GARCÊZ DE SOUZA SANTOS & MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS.....56

**REFLEXÕES ACERCA DE GÊNERO E SEXUALIDADE COMO ESTRATÉGIAS
DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**
LÉLIA MARÍLIA DOS REIS & MARIA ALVES DE TOLEDO BRUNS.....66

A FAVORITA – INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL COM UMA TRANSEXUAL
*SYLVIA MARIA GODOY AMORIM, ANA PAULA LEIVAR BRANCALEONI &
FERNANDA DE SOUSA VIEIRA77*

**SABERES DOCENTES E FORMAÇÃO INICIAL EM SEXUALIDADE, GÊNERO
E DIVERSIDADE SEXUALEM ARACAJU/SE**
*CLAUDIENE SANTOS, LAÍS COSTA SOUZA OLIVEIRA &
YASMIN CAMILA BATISTA DOS SANTOS PORTO87*