

Qualidade de Vida e Sexualidade em Pacientes com Traumatismo Raquimedular

Quality of Life and Sexuality in Patients with Spinal Cord Injuries

André Cavalcanti Macêdo¹, Kattyúcia Cruz Meireles Silva², Tatiane Lima de Araújo Silva³

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida e no contexto da cultura e sistemas de valores em que se vive. O traumatismo raquimedular afeta o indivíduo de maneira ampla, devido ao comprometimento motor, sensitivo e autonômico abaixo do nível da lesão, acarretando alterações de importantes funções, dentre elas, a sexual. Esta pesquisa teve como propósito conhecer a realidade dos pacientes com lesão medular na expressão da qualidade de vida e sexualidade. A amostra foi composta por 19 pacientes com lesão medular atendidos no CRANESP (Centro de Referência em Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais). Como resultado foi encontrado que o paciente com lesão medular traumática possui grande comprometimento de sua qualidade de vida, em todos os seus domínios, principalmente no que se refere aos aspectos sociais.

Palavras-chave:

Lesão Medular, Qualidade de Vida, Sexualidade, Reabilitação.

ABSTRACT

According to World Health Organization, the quality of life can be defined as the individual's perception regarding their position in life and in the context of culture and value systems in which they live. The spinal cord injury affects the individual broadly due to motor impairment, sensory and autonomic below the injury level, resulting in changes in important functions, among them sex. This research aimed to know the reality of patients with spinal cord injury on the expression of quality of life and sexuality. The sample consisted of 19 patients with spinal cord injury treated at CRANESP (Reference Center on Care for People with Special Needs). As a result it was found that patients with spinal cord injury have severe impairment of their quality of life in all areas, especially with regard to social aspects.

Key words:

Spinal cord injury, Quality of life, Sexuality, Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Raquimedular (TRM), corresponde a qualquer lesão na medula que resulta de trauma sem origem patológica e é uma das mais graves síndromes incapacitantes que pode acometer um indivíduo, podendo ter como consequência déficits sensitivos e motores, alterações viscerais, sexuais e tróficas. Isso ocorre pela importância da medula espinhal que além de ser uma via de comunicação entre diversas partes do corpo e cérebro, é também um centro regulador que controla a respiração, circulação, temperatura corporal, bexiga, intestino e atividade sexual (GREVE; CASALIS; BARROS, 2001).

O TRM acarreta consequências graves à vida de um indivíduo, trazendo consigo significativas alterações na função motora, sensitiva e autonômica abaixo do nível da lesão, pois a medula espinhal é um centro regulador de importantes funções, dentre estas a atividade sexual. Assim a lesão da medula espinhal

pode levar a alterações de ordem sexual, que juntamente com a limitação física dificultará a relação sexual. Entende-se então a necessidade de abordar de forma global e integrada o paciente incapacitado, desenvolvendo todo o potencial remanescente e limitando a lesão incapacitante. É preciso, porém, considerar a expectativa deste paciente, pois ao iniciar o programa de recuperação física, este almeja adquirir condições para a deambulação independente, mesmo que com o auxílio de órteses. A incapacidade para locomoção independente assume, para o paciente, o maior entrave para o exercício de uma vida social e produtiva (LIANZA; SPÓSITO, 1994).

Centros de pesquisa do mundo inteiro vêm realizando estudos sobre qualidade de vida em diversas condições crônicas, com o intuito principal de promover intervenções que venham de encontro à sua melhoria. Este fato se estende aos pacientes portadores de lesão medular. O aumento da expectativa de vida desses indivíduos fez com que o processo de reabilitação fosse para além da prevenção dos danos causados pela lesão medu-

1. Fisioterapeuta graduado pela União de Ensino Superior de Campina Grande - UNESC Faculdades (2009).

2. Fisioterapeuta graduada pela União de Ensino Superior de Campina Grande - UNESC Faculdades (2009).

3. Mestre em Saúde Coletiva pela UEPB (2008), Especialista em Serviços de Saúde Pública pela CESED (2006) e em Fisioterapia Neurofuncional pela UEPB (2003). Fisioterapeuta concursada do município de Campina Grande - PB, Professora da

UNESC Faculdades, da Faculdade Maurício de Nassau e da Faculdade Integrada de Patos - FIP. Endereço: Rua: Zeferina Gaudêncio, 213, Nações, CEP: 58.103-115, Campina Grande - PB. Fone: (83) 8898-5780. E-mail: tlaraujo78@hotmail.com

TRABALHO ACADEMICO ORIENTADO (TAO) - CURSO DE FISIOTERAPIA.

Recebido: 04/2010

Aceito: 07/2010

Autor para correspondência: Tatiane Lima de Araújo Silva

E-mail: tlaraujo78@hotmail.com

lar, e objetivasse também a melhora da qualidade de vida e a independência funcional. Comisso, Peixoto et al. (2003), afirma que a promoção e a atenção à saúde dos indivíduos com lesão medular, englobam medidas restauradoras, preventivas e de reabilitação para a melhoria das funções motoras ou sensitivas e do bem-estar.

Este trabalho teve como objetivo investigar a influência da atividade sexual na qualidade de vida dos pacientes após traumatismo raquimedular e de forma específica, traçar um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com TRM, como também, identificar o nível de independência destes pacientes através do Índice de Barthel.

A escolha deste tema centralizou-se em conhecer a qualidade de vida e a realidade da vida sexual destes pacientes, buscando identificar quais as principais dificuldades encontradas na expressão dessa sexualidade após a lesão, e analisá-las, objetivando detectar tanto a carência do aspecto sexual na sua reabilitação, como também a importância deste como parte integrante do programa de reabilitação.

A proposta deste estudo teve grande relevância nesta área, já que ficou conhecido a realidade do indivíduo com lesão medular, a fim de contribuir para sua melhora das atividades convencionais e integração à sociedade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Etimologicamente, medula significa miolo e indica tudo o que está dentro. Portanto, a medula espinhal tem sua denominação baseada na origem etimológica por está dentro do canal espinhal ou vertebral (HOUAISS, 2001).

A medula, apesar de corresponder apenas 2% do Sistema Nervoso Central, inerva áreas motoras e sensitivas de todo o corpo, com exceção somente dos nervos cranianos (MACHADO, 2000).

Segundo Tortora (2000), “a medula espinhal conduz impulsos nervosos ao longo dos tratos entre o encéfalo e a periferia, e serve como integrador dos reflexos espinhais”.

A lesão medular consiste em qualquer alteração que ocorra na medula espinhal e/ou raízes nervosas atingindo os elementos neurais localizados dentro do canal medular, provocando interrupção completa ou parcial da transmissão dos impulsos nervosos abaixo do nível da lesão trazendo consigo mudanças e conseqüências dramáticas na vida de um indivíduo, inclusive na área da sexualidade (ATRICE, 2004). A lesão da medula espinhal pode ocorrer de duas formas: a traumática, podendo acontecer de forma aguda e inesperada e a não traumática, geralmente surgindo de forma insidiosa. O traumatismo da coluna vertebral pode comprometer de maneira irreversível a medula e suas raízes nervosas (MAROTTA, 2002).

O autor supracitado afirma que são variadas as causas de lesão, dentre elas temos acidentes com veículos automotivos, atropelamentos, quedas, lesões em esportes, acidentes industriais, atos de violência por arma branca e de fogo.

Schneider (1994) relata que o trauma é a causa mais comum de lesão medular, ocorrendo como resultado de forças de impacto em alta velocidade. A maioria das lesões medulares resulta da aplicação de forças indiretas, geradas pelo movimento da cabeça sobre o tronco e raramente devido à aplicação de forças diretas sobre a vértebra. O traumatismo da coluna geralmente envolve forças de flexão forçada ou extensão em combinação

com rotação, compressão, cisalhamento, ou separação de vértebras, que geralmente resultam em fratura vertebral, luxação, ou uma combinação de ambas.

De acordo com o autor referenciado anteriormente, a lesão medular pode surgir ainda devido ao comprometimento circulatório na forma de embolia, trombose ou hemorragias, provocando disfunção neurológica na área medular envolvida e abaixo dela, caracterizando assim, uma das formas de causas não traumáticas.

As lesões traumáticas e não traumáticas, herdam sua nomenclatura do seu fato gerador. As traumáticas têm sua origem em um trauma, por exemplo, fratura de vértebra. Já as não traumáticas, têm seu fato gerador numa doença, por exemplo, a poliomielite. Dos casos de lesão medular, 81,9% têm seu fato gerador em um trauma (BRASIL, 2004).

A lesão medular pode ser completa ou incompleta. Quanto mais próxima do centro de controle, maior será o comprometimento da rede. Ou seja, quanto mais alta for a lesão na coluna, maior será a perda motora e sensorial nas partes do corpo abaixo dela. São ditas completas aquelas lesões que interrompem completamente a comunicação abaixo da altura lesionada, e incompletas quando a lesão é parcial, havendo uma comunicação parcial com os órgãos abaixo da área lesionada. De acordo com a classificação da American Spinal Injury Association – ASIA (2001), a lesão completa acontece quando atinge todas as vias motoras e sensitivas e a incompleta quando afeta apenas algumas vias motoras e/ou sensitivas.

O prognóstico funcional do lesado medular é determinado principalmente pelo grau de preservação sensitivo motora, porém é importante destacar outros fatores como idade, obesidade, função cardiorrespiratória, deformidades osteoarticulares, problemas emocionais e outros, que podem interferir substancialmente no resultado do tratamento (DELIZA et al., 2002).

De acordo com Mancussi (1998), pesquisadores como Santos (1989); Amâncio, Settanni (1990); Sposito et al. (1986), acreditam que o tratamento do TRM deve ter início no momento do acidente por meio da avaliação primária e do transporte adequado da vítima, considerando-as como as primeiras e importantes ações a serem desenvolvidas, podendo com isso, amenizar ou mesmo impedir o chamado segundo acidente, presente em 3 a 10% dos TRM.

A medula espinhal juntamente com o cérebro está envolvida na função erétil. No cérebro, o sistema límbico exerce o papel principal na organização e atuação do comportamento sexual juntamente com outras estruturas, e controlando a medula espinhal em termos de excitação e de inibição. Apresentando todos os componentes neurais necessários para provocar a ereção, a medula serve como sistema gerador / modulador para o controle da ereção (BURNETT, 2004).

Salimene (1995), que pesquisou a sexualidade dos paraplégicos e se deparou, como Faro (1991), com os estereótipos da masculinidade, afirma que as pessoas com paraplegia necessitam de ajuda na reconstrução de sua identidade sexual, apontando para a necessidade da elaboração de uma nova imagem corporal, recuperação da auto-estima e reconstituição da identidade sexual.

Qualidade é definida por Ferreira (1986), como sendo as condições favoráveis ou desfavoráveis de uma determinada coisa, numa escala de valores, qualidade que permite avaliar e conseqüentemente aprovar, aceitar ou recusar algo. O termo vida, segundo o mesmo autor é o conjunto de propriedades e qualidades graças às quais, animais e plantas se mantêm em

contínua atividade manifestada em funções orgânicas tais como o metabolismo, o crescimento, a reação a estímulos, a adaptação ao meio, a reprodução e outras.

A busca da melhoria da qualidade de vida nos últimos anos levou um número crescente de pessoas portadoras de necessidades especiais a procurar a prática de atividade física visando à melhora no seu bem-estar físico e psicológico. Manns e Chad (2001) investigaram quais os itens que representam qualidade de vida para pessoas com TRM, e os dados mais apontados estão relacionados à habilidade física e independência, bem estar físico e social.

Em se discutindo qualidade de vida deve considerar, ou melhor, repensar alguns mitos sobre sexualidade e deficiência física, conforme apontados por Pinel (1984), as pessoas deficientes são assexuadas ou perigosamente hipersexuada; pervertida; devem se casar com deficientes; os problemas sexuais do deficiente são decorrentes da deficiência, entre outros que estigmatizam tais pessoas e, certamente interferindo na sua qualidade de vida.

Segundo Lianza et al. (2001), a grande maioria do conhecimento que se tem hoje acerca da função sexual e reabilitação dos pacientes com lesão da medula espinal, foram acumuladas durante um período de menos de 50 anos, pois até a segunda metade do século XX questões referentes a sexualidade em geral raramente eram discutidas, seja na literatura científica ou popular das civilizações ocidentais.

É importante entender que o indivíduo com TRM, não perde sua sexualidade, porém as alterações motoras, sensitivas e neurovegetativas decorrentes da lesão neurológica, junto à repercussão nos aspectos psíquicos, produzem significativas modificações determinando a disfunção sexual, onde o grau dessa disfunção dependerá do tempo, do nível e da extensão da lesão medular (CASALIS, 1999).

Entendendo que a sexualidade não se limita a relação sexual, estudiosos desta área tem despertado para uma abordagem mais ampla, onde afeto e prazer são elementos que integram a sexualidade, colaborando para o desenvolvimento da auto-estima e melhorando a auto-imagem (BATTISTELLA, 1995).

De acordo com Sipski e Alexander (2002), a frequência e a satisfação da atividade sexual de pessoas com lesão medular têm sido estudadas, apesar de haverem relatos de uma diminuição tanto da frequência como também da satisfação sexual.

Segundo Krusen (1986), a sexualidade é uma questão que faz parte da saúde e bem-estar de um indivíduo. A reabilitação preocupa-se com o paciente integralmente e, portanto, a sexualidade, como função natural, faz parte desse todo. O processo de ajustamento sexual varia de acordo com cada paciente e depende de alguns fatores, incluindo ajustamento psicológico prévio, qualidade do sistema de apoio, idade, sexo, saúde física, e tipo de lesão.

Oliveira (2004) enfatiza a importância dos fisioterapeutas e de todos os profissionais que trabalham na área de prevenção e reabilitação a atuarem no processo de ajustamento psicossocial de pacientes com lesões traumáticas do SNC, a partir de uma compreensão mais bem embasada destas lesões e de suas incapacidades ou limitações funcionais decorrentes. A final quando o paciente sobrevive ao dano neurológico no encéfalo ou na medula, é importante que ele saiba que a vida continua.

O sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipe multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo. Conseqüentemente a isto, estão o desenvolvimento de habilidades, da melhora funcional, da satisfação na trajetória

cotidiana, da re-integração familiar e social, do exercício da cidadania e maior autonomia (SOUSA, 2001).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo levantamento, com característica descritiva e exploratória, objetivando um maior conhecimento sobre o tema abordado, com intuito de explicitá-lo ou construir hipóteses (GIL, 2002).

A população alvo deste estudo destinou-se aos pacientes com lesão medular que foram atendidos no CRANESP (Centro de Referência em Atenção aos Portadores de Necessidades Especiais) na cidade de Campina Grande – PB, sendo considerados na amostra, indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos, com amostragem aleatória e por acessibilidade sem dados probabilísticos.

Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário contendo os seguintes aspectos: idade, sexo, tempo de lesão, entre outros, e perguntas relacionadas a sexualidade, e em seguida, para avaliar o grau de dependência funcional, foi aplicado o Índice de Barthel.

Os dados coletados foram analisados através da estatística simples e confrontados com a literatura das ciências médicas, sendo os resultados encontrados, distribuídos em tabelas e gráficos, discutidos e correlacionando-os com as variáveis sócio-econômicas e demográficas.

Os participantes da pesquisa expediram concordância documentada de autorização da pesquisa. Foram preservada a identidade dos sujeitos envolvidos e a pesquisa não trouxe ônus financeiro para nenhum participante. Os participantes poderiam desistir em qualquer momento da pesquisa. Os pesquisadores assumiram o compromisso de cumprir as normas da Bioética.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizados dois questionários, um abordando o perfil sócio-demográfico dos pacientes além de perguntas acerca da sexualidade, sendo este desenvolvido pelo próprio autor. O outro instrumento foi sobre a qualidade de vida, o WHOQOL - ABREVIADO desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em relação ao sexo que há uma maior incidência do sexo masculino com 89%, concordando com autores como Atrice (2004), Marotta (2002) e Suaid e colaboradores (2005), que afirmam que o sexo masculino é o mais atingido pelo TRM (TABELA 1).

TABELA 1: Distribuição dos 19 pacientes com TRM, no CRANESP, quanto ao sexo, Campina Grande – PB, 2009.

Sexo	n	%
Masculino	17	89
Feminino	02	11
Total	19	100

No que diz respeito à idade dos pacientes envolvidos, foi observado, com 32%, uma maior incidência no intervalo entre 31 e 40 anos. Segundo Suaid e colaboradores (2005), além da maior incidência no sexo masculino, o TRM afeta na sua grande maioria jovens, por estes estarem mais expostos a

várias situações de risco que possam levar ao dano da medula espinhal (GRÁFICO 1).

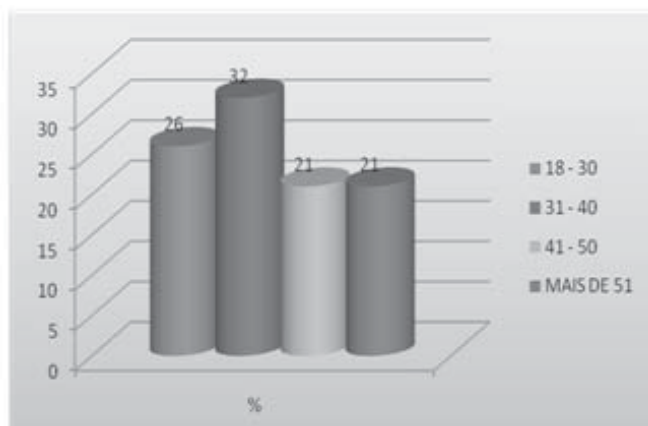


GRÁFICO 1: Distribuição percentual de 19 pacientes com TRM, do CRANESP, segundo a idade, Campina Grande - PB, 2009.

Com relação ao estado civil observa-se na Tabela 2 que 42 % da amostra, encontravam-se solteiros, 48 % casados, 5% união estável e 5% divorciados. Em todos os casos, a lesão poderá afetar a expressão da sexualidade. Com o TRM, alterações importantes da função sexual dificultarão a relação sexual, interferindo diretamente na expressão da sexualidade destes indivíduos. Quando a sexualidade é comprometida no TRM, irá afetar também a auto-estima, surgindo sentimentos de baixa confiança, e de incapacidade para atrair alguém e até mesmo de manter algum tipo de relacionamento. No entanto, ainda continuará a existir o interesse sexual e a necessidade emocional de reafirmar laços afetivos e sexuais (MAIOR, 2001).

TABELA 2: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto ao estado civil, Campina Grande- PB, 2009.

Estado Civil	n	%
Solteiro	08	42
Casado	09	48
Divorciado	01	5
União Estável	01	5
Total	19	100

No que se refere ao tempo de lesão, verifica-se na Tabela 3 que 79% dos pacientes tem menos de 5 anos do trauma, e 21% dos pacientes tem de 6 ou mais anos. É importante saber que o tempo de lesão tem influência direta no grau de disfunção orgânica e sexual (SUAID et al. 2005).

TABELA 3: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto ao tempo de lesão, Campina Grande - PB, 2009.

Tempo de Lesão (Anos)	n	%
Menos de 5	15	79
06-10	02	11
11-20	01	5
21-30	01	5
Total	19	100

De acordo com a presença de filhos, 84% dos pacientes possuem filhos e 16 % restante relataram não ter filhos. Para Schmitz (2004), no sexo masculino, a capacidade reprodutiva

será afetada no TRM, devido ao comprometimento da espermatogênese e da inabilidade para ejacular, já no sexo feminino, o potencial para concepção permanecerá preservado (TABELA 4).

TABELA 4: Distribuição dos 19 pacientes com TRM no CRANESP, quanto a presença de filhos, Campina Grande - PB, 2009.

Filhos	n	%
Sim	16	84
Não	03	16
Total	19	100

Com relação a essa questão, vê-se que os aspectos sexuais ainda não são evidenciados na reabilitação destes pacientes, pois observou-se que 68 % dos pacientes relataram que a sexualidade nunca foi trabalhada na sua reabilitação, 16% disseram que foi bastante trabalhada e o restante, 16 % relataram que foi trabalhada algumas vezes (TABELA 5).

Schmitz (2004) afirma que a orientação sexual é muito importante e deveria ser rotina no processo de reabilitação destes pacientes, proporcionando esclarecimentos quanto às suas capacidades para uma rápida readaptação a sua nova condição, e Lianza e colaboradores (2001) complementam que essa orientação deve incluir o(a) parceiro(a). Mas uma explicação para essa escassez da abordagem sexual na reabilitação, segundo o autor citado anteriormente, é que apesar dos profissionais da saúde começarem a despertar para este aspecto, os estudos acerca da sexualidade ainda são bastante recentes, principalmente em se tratando do paciente com TRM.

TABELA 5: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a abordagem da sexualidade na sua reabilitação, Campina Grande - PB, 2009.

Abordagem Sexual	n	%
Sim, bastante	03	16
Algumas vezes	03	16
Não	13	68
Total	19	100

Verificou-se que 95 % dos pacientes afirmam que na reabilitação deveria existir esclarecimentos e orientações acerca da sexualidade e apenas 5% não foram favoráveis. Esses dados revelam tanto a carência com relação ao aspecto da sexualidade, como também o desconhecimento da nova situação na qual estes se encontram inseridos. Pode-se dizer ainda, que esse interesse na questão da sexualidade, também demonstra a sua importância na vida destes pacientes. Suaid e colaboradores (2005) relatam que aos poucos os próprios pacientes com TRM têm solicitado aos profissionais da saúde, ajuda neste aspecto, fazendo com que esses profissionais despertem para uma maior atenção nesta área (GRÁFICO 2).

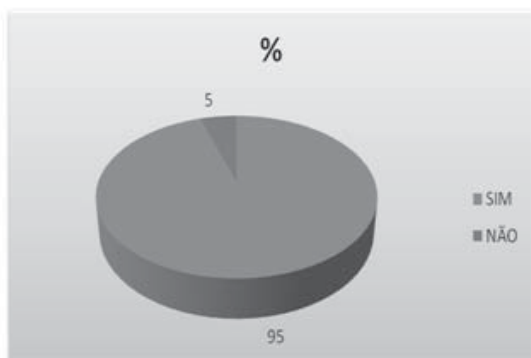


GRÁFICO 2: Representação percentual das respostas dos 19 pacientes do CRANESP, com TRM, quanto a necessidade de incluir na reabilitação a abordagem sexual, Campina Grande – PB, 2009.

Ao serem questionados se algum profissional da saúde já teria conversado sobre a sexualidade após a lesão, os dados revelam que 21% já havia conversado bastante com algum profissional da saúde, 16% pouco e que 63% nunca conversaram. Dentre os profissionais que foram apontados, encontramos o médico citado quatro vezes e o fisioterapeuta citado três vezes (GRÁFICO 3).

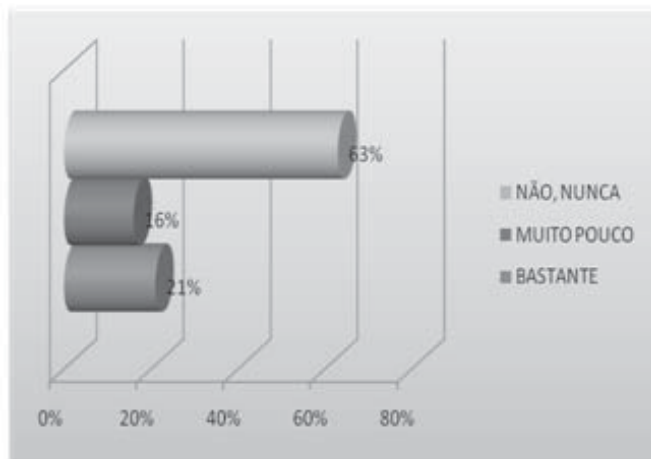


GRÁFICO 3: Representação percentual de 19 pacientes com TRM, no CRANESP, quando questionado se algum profissional da saúde teria conversado sobre sua sexualidade após a lesão, Campina Grande – PB, 2009.

Verificou-se no Gráfico 4 que 69% dos pacientes relataram a sua dúvida com relação a sua situação, afirmando que gostariam de ajuda. O restante se dividiu entre 5% que apesar de apresentar dúvidas, não demonstraram o interesse em discutir o assunto, e 26% não apresentaram dúvidas. Embora a lesão medular tenha levado a alteração da função sexual destes indivíduos, persiste a necessidade de envolvimento afetivo, emocional e sexual, por isso, a importância do indivíduo com lesão medular ter conhecimento de suas capacidades para uma melhor readaptação sexual. É comum estes pacientes se sentirem incompletos, com dificuldade de aceitação da sua nova condição, por isso a importância de três áreas relacionadas a sexualidade passarem por um processo de readaptação: imagem corporal, auto-estima e identidade sexual (SALIMENE, 1995).

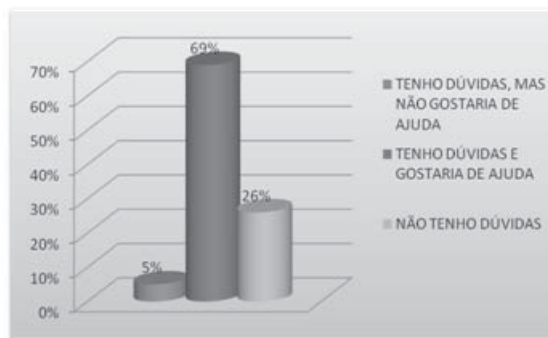


GRÁFICO 4: Representação percentual de 19 pacientes com TRM, no CRANESP, que apresentam ou não dúvidas sobre a sua sexualidade após a lesão, Campina Grande–PB, 2009.

No que diz respeito à atividade sexual antes da lesão, 100% dos entrevistados já eram ativos sexualmente. A limitação física pode mudar significativamente a vida dos indivíduos sexualmente ativos, até o ponto em que suas metas e planos de vida deixem de ser compatíveis com a do (a) parceiro (a), como eram antes da lesão. Daí vem o medo em desapontar sexualmente o (a) parceiro (a), devido a um medo maior em ser trocado por uma pessoa sem limitação física (SIPSKI; ALEXANDER, 2002).

Com relação à atividade sexual após a lesão detectou-se que 36% já se relacionaram sexualmente após a lesão. Do restante, 32% relataram q nunca tentaram se relacionar sexualmente após a lesão e 32% relataram que tentaram, mas não obtiveram (GRÁFICO 5). Após o TRM surgem alterações significativas da função sexual ou até mesmo limitações físicas que interferirão na capacidade de iniciar e completar a relação sexual (MAIOR, 2001).

As justificativas de alguns pacientes que nunca tentaram, foram as seguintes: falta de sensibilidade; não está namorando ninguém e nem procurou; sente dores; “por enquanto quero tratar da minha saúde”; outro recusou a falar o motivo. Dos que tentaram, mas não obtiveram êxito as justificativas que obtivemos foram: dificuldade de manter a ereção; dificuldade em achar uma posição; cansaço; o(a) parceiro(a) teve medo de me machucar; outros. Segundo Salimene (1995) existem algumas barreiras que dificultarão a relação sexual, entre elas a imobilidade, problemas de sensibilidade genital, dificuldade de alcançar e manter a ereção e a fadiga.

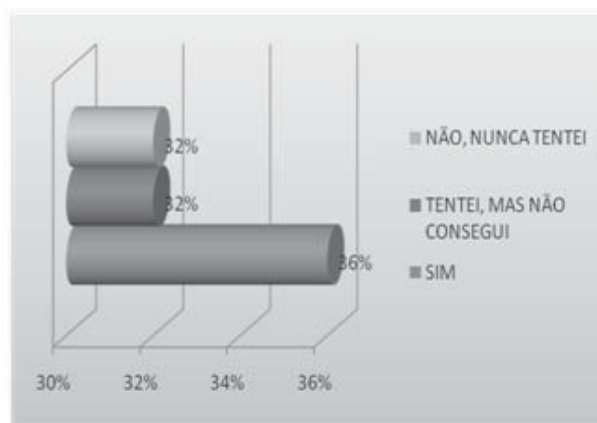


GRÁFICO 5: Distribuição dos 19 pacientes do CRANESP, com relação à atividade sexual após a lesão medular, Campina Grande–PB, 2009.

Para a sexualidade, apenas 5% relataram que eram bem resolvidos com essa questão, 32% relataram que eram indi-

ferentes a sua sexualidade e com uma maior incidência, 63% relataram que tinham dúvidas e que precisavam de ajuda. Não é raro indivíduos com TRM se sentirem pessoas assexuadas, negando a si mesmas o direito a sexualidade (GRÁFICO 6).

Entendendo a sexualidade no seu sentido amplo e observando a sua importância na vida de um indivíduo, evidenciamos que apesar da presença das alterações da função sexual, a sexualidade permanece após a lesão da medula espinal, fazendo-se necessário um acompanhamento sexual na reabilitação destes pacientes. Essa abordagem auxiliará o paciente no conhecimento acerca das suas capacidades, para que esse possa aprender a conviver com a sua limitação expressando melhor a sua sexualidade. A reconstituição da identidade sexual contribui para o reequilíbrio da sua personalidade e melhora da sua auto-estima (SALIMENE, 1995).

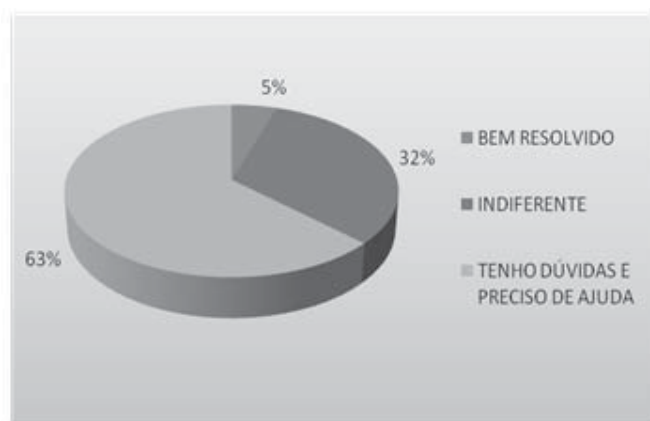


GRÁFICO 6: Distribuição dos 19 pacientes com TRM, do CRANESP, quanto a sua sexualidade, Campina Grande – PB, 2009.

De acordo com Forattini (1991), os fatores determinantes da qualidade de vida, podem ser subdivididos nas seguintes categorias: Orgânica (inclui dados sobre saúde e estado funcional); Psicológica (soma uma gama de informações, onde se pretendem discutir dados sobre a identidade, auto-estima e aprendizado); Comportamental (hábito de vida profissional e de lazer); Social (relacionamento, privacidade, sexualidade); Estrutura (posição social e significado da própria vida); Material (engloba dados referentes economia conjuntamente com as categorias social e estrutural).

Em relação ao questionário sobre a qualidade de vida, obtivemos os seguintes resultados quando abordamos sobre como o paciente avaliaria sua qualidade de vida: 10% dos entrevistados responderam que é ruim; 58% nem ruim, nem boa e 32% boa (TABELA 6).

TABELA 6: Distribuição percentual de 19 pacientes com TRM, do CRANESP, avaliados segundo a sua qualidade de vida, Campina Grande – PB, 2009.

Avaliação da qualidade de vida	n	%
Muito ruim	-	-
Ruim	02	10
Nem ruim, nem boa	11	58
Boa	06	32
Muito boa	-	-
Total	19	100

Rocha (1991), afirma que a partir da estigmatização, o deficiente físico compreende seu corpo enquanto objeto de vergonha ao experimentar incapacidades em relação ao padrão vigente de produtividade, afetivi-

dade e sexualidade. Os atributos desabonadores parecem-lhes naturais, sente pena de si, raiva do mundo como se o mesmo os tivesse levado à fatalidade, sem, no entanto, compreenderem a lógica das relações que se instauram sobre a sua diferença. Quanto à aceitação da aparência física, 5% relatam não aceitar em nada; 10% aceitam completamente; 27% aceitam muito e 58% relataram médio (GRÁFICO 7).

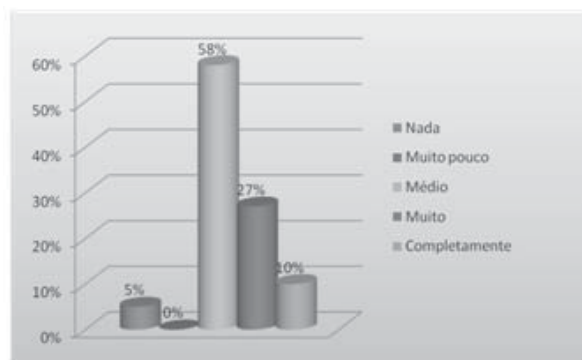


GRÁFICO 7: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto à aceitação da aparência física, Campina Grande – PB, 2009.

Quanto às oportunidades de atividades de lazer, apresentaram-se no Gráfico 8 com 21% dizendo nada; 48% muito pouco; 5% disseram médio e 26% relataram ter muito (GRÁFICO 8).

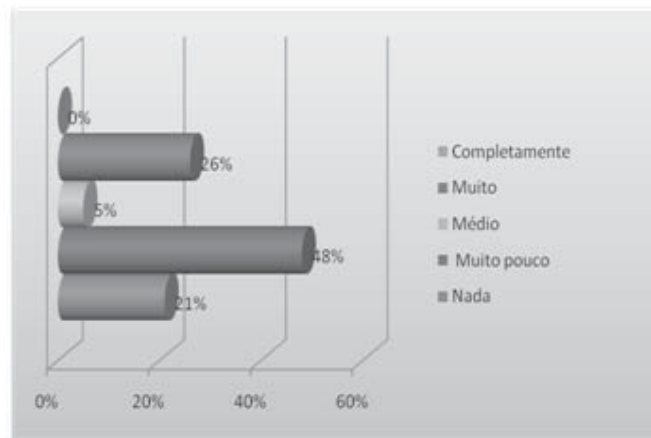


GRÁFICO 8: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto as oportunidades de atividades de lazer, Campina Grande –PB, 2009.

Em relação à satisfação da capacidade para trabalhar, os dados especificam que a maioria 53% se encontravam insatisfeito; 21% estavam muito insatisfeito; 16% disseram está satisfeito e o restante foram distribuídos em 5% nem satisfeito, nem insatisfeito e 5% muito satisfeito (TABELA 7).

TABELA 7: Representação percentual das respostas dos 19 pacientes do CRANESP, com TRM, quanto à satisfação com a capacidade para trabalhar, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação com a capacidade para trabalhar	n	%
Muito insatisfeito	04	21
Insatisfeito	10	53
Nem satisfeito, nem insatisfeito	01	05
Satisfeito	03	16
Muito satisfeito	01	05
Total	19	100

No que diz respeito à satisfação ao apoio de seus amigos, 16% insatisfeito; 10% relataram nem satisfeito, nem insatisfeito;

10% muito satisfeito e 64% estavam satisfeito (TABELA 8).

TABELA 8: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a satisfação com o apoio dos amigos, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação com o apoio dos amigos	n	%
Muito insatisfeito	-	-
Insatisfeito	03	16
Nem satisfeito, nem insatisfeito	02	10
Satisfeito	12	64
Muito satisfeito	02	10
Total	19	100

Em relação às respostas quanto à satisfação ao acesso aos serviços de saúde, 10% disseram está muito insatisfeito; 5% muito satisfeito; 37% nem satisfeito, nem insatisfeito e com maioria, 48% responderam que estavam satisfeitos (TABELA 9).

TABELA 9: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM quanto a satisfação ao acesso aos serviços de saúde, Campina Grande – PB, 2009.

Satisfação ao acesso aos serviços de saúde	n	%
Muito insatisfeito	02	10
Insatisfeito	-	-
Nem satisfeito, nem insatisfeito	07	37
Satisfeito	09	48
Muito satisfeito	01	05
Total	19	100

De acordo com a frequência de sentimentos negativos, 10% sempre têm sentimentos negativos; 5% frequentemente; 69% responderam que algumas vezes; já 16% relataram nunca terem esses sentimentos (GRÁFICO 9).

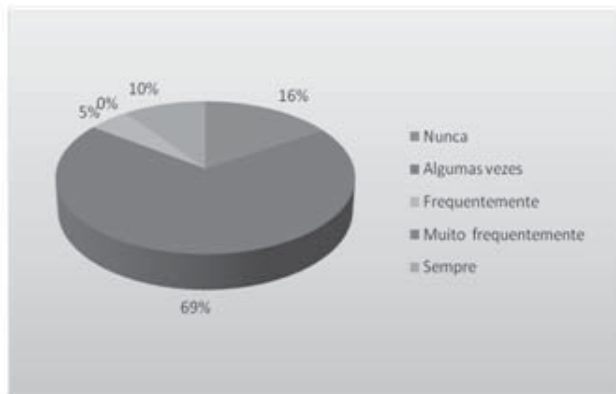


GRÁFICO 9: Distribuição percentual de 19 pacientes no CRANESP, com TRM, quanto a frequência de sentimentos negativos, Campina Grande –PB, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expressão “Qualidade de Vida” na sua abrangência aplica-se ao indivíduo saudável e se relaciona com o seu grau de satisfação com a vida nos seus vários aspectos que a integram: moradia, transporte, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira.

O TRM afeta o indivíduo de forma brusca, trazendo consigo mudanças radicais em todas as áreas da sua vida, na área profissional, nos seus relacionamentos, na vida afetiva, como também na área da sexualidade, pois devido à lesão, ocorre o comprometimento das funções motoras, sensitivas e autonômi-

cas abaixo do nível da lesão. Falar da sexualidade do indivíduo com TRM ainda gera muito tabu e preconceito, pois grande parte da sociedade associa a lesão medular à perda da sexualidade e da função sexual, ou seja, a concepção preconceituosa do deficiente como um ser assexuado. Apesar da ocorrência das alterações na resposta sexual, não se torna obrigatório que aspectos da sexualidade como fertilidade e prazer, estejam necessariamente excluídos de suas vidas.

Esta problemática também atinge os próprios profissionais da área de saúde, que geralmente deixam a área da sexualidade excluída da reabilitação global do lesado medular, restringindo a sua atuação ao tratamento de problemas motores e na prevenção de suas complicações.

No levantamento realizado, observou-se que realmente a sexualidade é uma área importante na vida deste indivíduo com lesão medular, onde sua grande maioria demonstrou não está adaptado às alterações da função sexual, pois um número significativo de pesquisados manifestou que apresentam dúvidas na manutenção da sua sexualidade, necessitando de ajuda, e que gostariam que essa abordagem fosse incluída na sua reabilitação.

Contudo, apesar da importância da sexualidade, evidenciou-se que essa questão ainda é raramente discutida e abordada no processo de reabilitação destes pacientes, refletindo muitas vezes, a falta de preparo do profissional de saúde para tratar desse assunto. Devido a esta problemática, estes pacientes têm permanecido com suas idéias errôneas com relação a sua sexualidade, e até mesmo com dúvidas.

Com o término desta pesquisa fica claro entender a importância e a necessidade da sexualidade na vida de um indivíduo, não sendo diferente a uma pessoa com limitação física, com comprometimento da função sexual, como é o caso da amostra deste estudo.

O presente trabalho permitiu conhecer a avaliação da qualidade de vida de pessoas com TRM, como também a sexualidade nos mesmos. Espera-se que esse conhecimento permita uma valorização das percepções dessa população em relação às diversas áreas de sua vida e, desse modo, aspectos prioritários para o tratamento e reabilitação possam ser identificados e alcançados. Além disso, espera-se criar mais redes de apoio social para propiciar a inclusão social, otimizar o desempenho das políticas de saúde e promoção da saúde, e um envolvimento maior da sociedade na busca de ações que melhorem a qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO, E.I.; SETTANNI, F. Traumatismo raquimedular tóraco-lombar. Rev.Bras.Med., v. 47, n.7, p.290-300, 1990.
- ASIA, impairment scale. Disponível em: http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2001_classif-workshett.pdf. Acesso: em 13 de Setembro de 2009.
- ATRICE, M. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED, D. Reabilitação Neurológica. 4. ed. Barueri, SP: Editora Manole, 2004.
- BATTISTELLA, L. R. A Sexualidade Expressando Vida. In: SALIMENE, A. C. Sexo: Caminho Para a Reabilitação. São Paulo: Cortez, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informação e Informática do SUS. Número de Internações Hospitalares por causas externas no ano de 2003 e número de mortes por

trauma no ano de 2001. São Paulo: DATASUS, 2004. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso: 20 de Maio de 2009.

BURNETT, A. L. Anatomia do Pênis. In: TELOKEN, C.; DAROS, C.; TANNHAUSER, M. Disfunção Sexual. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

CASALIS, M. E. P. Lesão Medular: Sexualidade e Função Sexual. Revista Reabilitar, ano 2, n.3, p. 21-25, 2 TRIMESTRE, 1999.

DELISA, J. A. et al. Tratado de medicina de reabilitação: princípio e práticas. 3.ed. Vol I e II. Barueri: Manole, 2002.

FARO, A.C.M. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. São Paulo, 1991. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1991.

FERREIRA, A.B. de H. Novo Dicionário Aurélio. 2 ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FORATTINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Públ. São Paulo, v. 25, n.2, p.75-86, 1991.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos e Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREVE, J. M. D' Andrea; CASALIS, M.E.P; BARROS FILHO, T.E.P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal. São Paulo: Roca, 2001.

HOUAISS, Antônio. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

KRUSEN, J. F. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo, Manole, cap. 47, p. 917-34, 1986.

LIANZA, S. et al. Medicina de Reabilitação. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIANZA, S.; SPOSITO, M.M.M. Reabilitação: a locomoção em pacientes com lesão medular. São Paulo, Sarvier, 1994.

MACHADO, A. B. M. Neuroanatomia Funcional. 2ª Ed.; Rio de Janeiro : Livraria Atheneu, 2000.

MAIOR, I. M. Disfunção Sexual. In: GREVE, J.M.; CASALIS, M.E.; BARROS FILHO, T.E.; Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinal. São Paulo: Roca, 2001.

MANCUSSI, Ana Cristina. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.6, n.4, p. 67-73, 1998.

MANNIS, P.J., CHAD, K.E. Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. Qualitative health research. 2001 Nov;11(6):795-811.

MAROTTA, J. T. Lesões Medulares. MAROTTA, J. T. et al. In: Merrit Tratado de Neurologia. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, T. R. B. Ajustamento Psicossocial em pacientes com Lesões Traumáticas do Sistema Nervoso Central. Tese de Doutorado, Campinas SP, 06 de fevereiro de 2004.

PEIXOTO, et al. Lesão medular: estudo do potencial evocado como recurso prognóstico e comparação entre o tratamento de estimulação elétrica neuromuscular e a fisioterapia convencional. Rev. Fisioterapia Brasil, vol. 4, nº 1, pp. 17-23, 2003.

PINEL, A. Mitos sobre sexualidade e deficiência. In: CAVALCANTI, R.C. ; VITIELLO, N.(ed.) Sexologia – I: textos do Iº Encontro Nacional de Sexologia. São Paulo, Femina Livro, 1984.

ROCHA, E.F. Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência física. São Paulo, 1991, 301 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SALIMENE, A. C. Sexo: Caminho Para a Reabilitação. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, L.C.R. dos. Lesão traumática da medula espinal: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982-1987. São Paulo, 1989. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SCHMITZ, T. J. Lesão Medular Traumática. In: O' SULLIVAN, S. B., SCHMITZ, T. J. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

SCHNEIDER, F. J. Lesão Medular Traumática. In: UMPHRED, D. A. Fisioterapia Neurológica. 2 ed. São Paulo: Manole, 1994.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. Sexualidade e Incapacidade Física. In: DELISA, J. A. Tratado de Medicina e Reabilitação Princípios e Prática. 3 ed. v. 2. São Paulo: Manole, 2002.

SOUZA, R.C; DIAS, A; SCATENA, M.C.M. Reabilitação: uma análise do conceito. Nursing. 2001;4 (34):26-30. Edição brasileira.

SPÓSITO, M.M.de M. et al. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. Rev. Paul. Med., v.104, n. 4, p. 196-202, 1986.

SUAID et al. Disfunção miccional no traumatismo raqui-medular. In: João Luiz Amaro; Jorge Milhem Haddad; José Carlos Souza Trindade; Ricardo Muniz Ribeiro. (Org.). Reabilitação do assoalho pélvico. 1ª ed. São Paulo: Segmentofarma, 2005, v. 1, p. 05-328.

TORTORA, Gerard J. Corpo Humano: fundamentos de anatomia fisiologia. Porto Alegre: Artmed, 2000.