

ARTIGO ORIGINAL

Estudo sobre as alterações da função sexual em mulheres com lesão medular resistentes na cidade de Ribeirão Preto/SP

Study of sexual function alterations in women with spinal cord injuries in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil

Paula Canova Sodré¹, Ana Cristina Mancussi e Faro²

RESUMO

É sabido que qualquer pessoa que sofreu algum dano na medula, além de comprometimento da sensibilidade, locomoção, funções intestinais e urinárias, independente da região lesionada, também acomete a função sexual. Cada pessoa reage de maneira diferente por mais semelhante que seja a lesão. O presente estudo exploratório, descritivo, transversal, aplicado de campo, de natureza quantitativa, foi realizado em três hospitais e duas clínicas de fisioterapia na cidade de Ribeirão Preto, SP, com a finalidade de conhecer as mulheres com lesão medular atendidas no período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004. A população foi composta por 81 mulheres. Deste total, foram excluídas 30 que não atenderam os critérios de inclusão, 12 delas com diagnósticos não relacionados à lesão medular, 11 não localizadas, seis que faleceram e uma que se recusou a participar da pesquisa. A faixa etária que predominou a lesão medular é dos 18 aos 37 anos (38%). Após a lesão, 27% permaneceram solteiras, 28% com seus companheiros, escolaridade nível de ensino fundamental (49%), analfabetismo (9%). Apresentaram etiologia traumática (100%), nível lombar (53%), seguido do cervical (27%), torácica (16%) e sacral (4%). Das causas externas constatamos acidente automobilístico (29%), 12% de queda, em terceiro encontra-se o ferimento por arma de fogo (FAF), levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8% cada, mergulho em águas rasas e espancamento, com 2% cada, ferimento por arma branca (FAB), práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça, práticas de esportes radicais, queda da própria altura somaram 16% das mulheres, e dentre estas mulheres 94% são idosas. Quanto à escala CSFQ, 90% da amostra apresenta disfunção sexual em relação à variável prazer, disfunção do orgasmo (90%) disfunção do desejo/frequência (76%) e 72% disfunção do interesse sexual, excitação 92%. Neste estudo podemos confirmar que a paciente com lesão medular, apresenta complexidade e peculiaridades específicas. E que a escassez de estudos sobre sexualidade especificamente feminina da portadora de lesão medular, não oferece um cuidar específico que permeie as diferentes dimensões sociais, psicológicas e físicas, não assegurando um cuidado holístico e a continuidade deste cuidar em domicílio estabelecendo um processo de reabilitação sem qualidade.

PALAVRAS-CHAVE

traumatismos da medula espinal, mulheres, sexualidade, reabilitação

ABSTRACT

It is known that a person who has suffered a spinal cord injury, in addition to sensitivity, locomotion, intestinal and urinary function impairment, regardless of the injury location, must also face sexual function impairment. Each person reacts differently, no matter how similar the injuries can be. The present study, which was an exploratory, descriptive, transversal, applied field study of quantitative nature, was carried out in three hospitals and two physical therapy clinics in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil, with the objective of evaluating women with spinal cord injuries treated from January 1, 2000 to July 31, 2004. The study population consisted of 81 women. Thirty women were excluded as they did not meet the inclusion criteria: 12 of them had diagnoses that were not related to spinal cord injury, 11 could not be located, 6 died and one refused to participate in the study. Age range in which the spinal cord injury predominated was 18 to 37 years (38%). After the injury, 27% remained single, 28% remained with their partners; regarding the degree of schooling, Grade School predominated (49%) and 9% were illiterate. They presented traumatic etiology (100%) at the lumbar level (53%), followed by cervical (27%), thoracic (16%) and sacral (4%) levels. Of the external causes of the injury, car accident (29%) was the most prevalent, followed by falls (12%), firearm injury, weight lifting, being hit by a car, and motorcycle accident (8% each), shallow-water diving and being beaten up (2% each), and knife injury, sports activities, fall of object on the head, practicing radical sports and fall from one's height added up to 16% of the women and among them, 94% are elderly. The "Changes in Sexual Functioning Questionnaire" (CSFQ) scale showed that 90% of the sample presented sexual dysfunction regarding the sexual pleasure variable, orgasm dysfunction (90%), desire/frequency dysfunction (76%), sexual interest dysfunction (72%) and arousal dysfunction (92%). This study confirmed that the patient with spinal cord injury presents specific complexities and particularities and that the scarcity of studies on the specific sexuality of women with spinal cord injuries does not offer a specific care that encompasses the social, psychological and physical dimensions, as well as the continuing homecare, establishing a rehabilitation process without quality.

KEYWORDS

spinal cord injuries, women, sexuality, rehabilitation

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa (CNPq) Reabilitação e Funcionalidade em Enfermagem Traumatológico-Ortopédica.

2 Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Orientadora do PROESA, Coordenadora do Grupo de Pesquisa (CNPq) Reabilitação e Funcionalidade em Enfermagem Traumatológico-Ortopédica.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Paula Canova Sodré
Avenida Bandeirantes, 3900
Ribeirão Preto / SP
Cep 14040-902
E-mail: paulacsodre@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Historicamente, o interesse na lesão traumática da medula espinhal (LTME) data desde 2500 a.C. Porém, o cuidado às vítimas baseava-se nos problemas que não podiam ser tratados.¹ Durante a I Guerra Mundial, a expectativa de vida das pessoas com LTME era de 6 a 12 meses após a lesão.² O avanço médico científico do século XX, entretanto, possibilitou a evolução do tratamento e redução da morbimortalidade, considerado o pioneiro das inovações, com a criação de um modelo de cuidado sistematizado que foi adotado nos Estados Unidos na década de 70.¹

A pessoa com lesão medular é aquela que sofreu uma lesão na medula espinhal devido a um abalo, compressão ou ruptura total ou parcial da transmissão nervosa, causando, assim, uma alteração da função normal da medula.³ A lesão medular, advinda do Traumatismo Raquimedular (TRM), é, portanto, uma agressão à medula espinal, que pode resultar em alterações de função normal motora, sensitiva e autonômica. A LTME ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral e a incidência desse tipo de lesão apresenta variações nos diferentes países. Estima-se que, na Alemanha, ocorram atualmente 17 casos novos por milhão de habitantes, nos EUA a estimativa varia de 32 a 52 casos novos anuais por milhão de habitantes, e no Brasil, cerca de 40 casos novos anuais por milhão de habitante.⁴

Na literatura nacional e internacional, são quase inexpressivas as considerações sobre a sexualidade feminina, ao contrário das publicações das alterações sexuais masculinas pós lesão medular, insipiente, considerando basicamente que a mulher tem menos problemas nesta esfera, justificado pelo fato dela tradicionalmente assumir “o papel” de passividade na relação sexual.⁵

Com base na revisão bibliográfica, podemos considerar as seguintes alterações na função sexual: surgimento da amenorréia, principalmente na fase de choque medular, podendo haver a interrupção da menstruação por um período de seis meses, e em algumas mulheres até um ano. A causa desta alteração é desconhecida, mas se acredita que seja uma alteração em nível hipofisário provocado pelo trauma e estresse da lesão medular; diminuição ou abolição sensitiva da genitália e região genital, diminuição ou abolição dos movimentos contráteis da área pélvica, diminuição ou abolição da lubrificação da genitália, diminuição ou abolição da resposta erétil do clitóris e das respectivas estruturas eréteis. Não se conhece a frequência e intensidade de tais modificações, sofrendo variações de acordo com o nível da lesão medular.⁵

Nas lesões completas são abolidas as possibilidades de orgasmo, porém há controvérsias na literatura. “Por isso, devemos nos atentar e buscar esclarecer as mulheres com lesão medular a se conhecerem, explorarem seu corpo” sendo este um trabalho interdisciplinar em reabilitação. A sensação orgástica pode resultar da estimulação de outras áreas erógenas do corpo, como os mamilos, acima do nível da lesão. Há referência de hipersensibilidade da pele próxima ao dermatomo limítrofe, constituindo-se em verdadeira nova zona erógena.⁵

Quanto à reprodução, fertilidade e gestação ressaltamos a importância e a necessidade de integração e cooperação entre fisiatra,

obstetra e enfermeira de reabilitação para a melhor qualidade de assistência às mulheres. A dificuldade de perceber o início do trabalho de parto nas pacientes com lesão acima de T10 e a possibilidade de a contração uterina podem induzir uma crise de disrreflexia autonômica, sobretudo nas pacientes com lesão acima de T5 e T6, que são aspectos fundamentais da assistência à parturiente. Com acompanhamento médico periódico, exames necessários e cuidados específicos será possível uma gravidez saudável,⁵ bem como uma vida sexual plena com planejamento familiar adequado às necessidades da mulher ao longo de sua vida.

OBJETIVO

Este artigo tem por objetivo identificar as alterações da função sexual relatadas pelas mulheres com lesão medular, segundo a aplicação do CSFQ.⁶ Além disso, tem a intenção de caracterizar as mulheres com lesão medular quanto à idade, escolaridade (anos de estudo), estado civil, composição familiar, profissão, ocupação, e quanto ao nível e grau da lesão, tempo de lesão, causa externa.

MÉTODO

Tipo de estudo

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

Local da pesquisa

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

População e amostra

A população foi composta por mulheres com LTME atendidas em hospitais, secundário, terciários e clínicas de fisioterapia da cidade de Ribeirão Preto, no período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de julho de 2004. A amostra foi composta por 51 mulheres e a maior parte desta amostra foi encontrada no Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com número absoluto de 42 mulheres com LTME, seguido das demais instituições com números menores de atendimento durante o período acima, Hospital Santa Casa com quatro mulheres com LTME, Hospital Beneficência com uma mulher, Clínica UNAERP com três mulheres, e Clínica Barão de Mauá com uma mulher com LTME.

Critérios de inclusão

Ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da pesquisa.
Somente mulheres com lesão medular traumática.
Ter no mínimo um ano de lesão medular.
Residir na cidade de Ribeirão Preto.
Concordância em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE.

Critérios de exclusão

Ter idade inferior a 18 anos no momento da pesquisa.
Apresentar outro diagnóstico que não seja lesão medular.
Residir fora da cidade de Ribeirão Preto.
Não ter sido atendida em Ribeirão Preto.
Recusar-se a participar do estudo após os esclarecimentos.

Procedimentos para a coleta de dados

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

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

Diante destes dados, foi realizada uma busca em prontuários para

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

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

Triagem (foram realizadas duas triagens):

Triagem 1: busca de dados no Banco de Dados do Departamento de Medicina Social CPDH do HCFMRP-USP e Serviço de Arquivo Médico e Estatístico- SAME do HCFMRP-USP das mulheres vítimas de Trauma Raquimedulares (TRM) atendidas em Ribeirão Preto, no período do estudo. Foi utilizado Sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde:

CID 10, Décima Revisão, com CID S140 (concussão e edema de medula cervical), S141 (outros traumatismos da medula cervical), S241 (outros traumatismos da medula torácica), S341 (outro traumatismo da coluna lombar), T093 (traumatismo da medula espinhal), T913 (seqüela de traumatismo da medula espinhal), 120 (fratura da primeira vértebra cervical), S121 (fratura da segunda vértebra cervical), fratura de outras vértebras cervicais), 127 (fraturas múltiplas da coluna cervical), S129 (fratura de pescoço), S220 (fratura de vértebra torácica), S221 (fratura múltiplas da coluna torácica), S320 (fratura da vértebra lombar), S321 (fratura do sacro), S328 (fraturas de outras partes da coluna lombosacra), S19 (traumatismo do pescoço), T08 (fratura da coluna), S32.7 (fraturas múltiplas de coluna lombar), S240 (concussão e edema de medula espinhal torácica), S340. (concussão e edema de medula da medula lombar).

Foram registrados os dados de identificação, telefones e endereços para contatos.

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

Instrumentos utilizados

Dentro deste contexto, a formulação e utilização dos questionários validados em questão se deram a partir da reflexão do processo de reabilitação, para que o instrumento tenha a referência adequada às temáticas sexualidade e lesão medular. Foram utilizados dois instrumentos:

- Dados Demográficos e Clínicos para Caracterização da Amostra, instrumento que abordou dados de identificação demográfica e referente à lesão medular propriamente dita.

• CSFQ-F Changes in Sexual Functioning Questionnaire (Questionário Sobre as Alterações da Atividade Sexual), avalia disfunções e mudanças do funcionamento sexual adulto.

Estruturado por Anita H. Clayton e seus colaboradores Elizabeth L. McGarvey e Gail J. Clavet, respectivamente atual vice-presidente do departamento de Medicina Psiquiátrica da Universidade de Virgínia (EUA) e membros pesquisadores da área,⁶ o instrumento foi validado para o português do Brasil, bem como para 35 outros países.⁷

Esse instrumento é composto por duas partes, uma, contendo questões para o sexo feminino e a segunda parte, contendo questões para o sexo masculino. Para este estudo, utilizamos somente as questões para o sexo feminino dado a pertinência. A sua utilização é indicada para todas as doenças sexuais, disfunções e alterações. Não apresenta limite de tempo de preenchimento e a aplicação pode ser pelo próprio pesquisador.^{6,8}

As instruções para preenchimento do CFSQ são pedir ao paciente para preencher os 14 itens na versão clínica do CSFQ. O Paciente deve marcar na lacuna correspondente a resposta a cada item em particular. O mesmo deve escolher somente uma resposta por item. A Pontuação dos itens no CSFQ tem um valor numérico ou indica um peso particular para cada resposta. Por exemplo: item 1, a resposta a “que prazer sente na sua vida sexual” tem um valor numérico de 4. Alguns itens têm respostas que são inversas à pontuação como por exemplo, no item 14 do CSFQ a resposta “nunca” tem um numeral de valor 5 e a resposta “todo dia” tem um valor 1.^{6,8}

Para calcular o total da pontuação do CSFQ, são somados todos os valores das respostas dos 14 itens. Para calcular a pontuação por subtítulo some os valores somente dos itens correspondentes a cada subtítulo. Para determinar se há presença de disfunção sexual, seguir o protocolo de pontuação segundo o sexo do paciente em estudo. A pontuação para o CSFQ, na versão clínica feminina deve ser avaliada conforme: se a paciente obtiver uma pontuação igual ou menor que a marcação de pontos de qualquer uma das escalas abaixo é uma indicação de disfunção sexual. Os escores para cada variável do questionário feminino são: para o Prazer Sexual: 4.0 (item: 1) Desejo Sexual/Frequência: 6.0 (com a somatória do item 2 + item 3), Desejo Sexual/Interesse: 9.0 (com a somatória do item 4 + item 5 + item 6), Estimulação/Excitação Sexual: 12.0 (com a somatória do item 7 + item 8 + item 9), para o Orgasmo: 11.0 (com a somatória do item 11 + item 12 + item 13) e o Resultado Total do CSFQ: 41.0 (com a somatória do item 1 + item 14).^{6,8}

Foram enviadas documentações referentes à pesquisa, ao representante do instituto Mapi Research Trust das regiões sul e norte da América e ao Centro de Informações e Pesquisas Mapi Research Trust, na França, e para autora, Anita Clayton para utilização do CSFQ.

Entrevista

A entrevista se deu em dois momentos, de maneira tranqüila, sigilosa. Sua eficácia justifica-se pelo fato de assegurar a confirmação imediata das informações e permitir a observação do entrevistado, o que lhe garante maior profundidade e qualidade dos dados colhidos.⁷

1º contato: Ocorreu via telefone, na qual a pesquisadora faz apresentação do projeto e seus objetivos de forma simples, facilitando o entendimento da respondente, marcando data e horário para a entrevista na residência da paciente, com o consentimento prévio da mesma.

2º contato: Corresponde à visita ao domicílio propriamente dita. Foi explicada novamente, em linguagem clara e acessível, sobre o estudo, seus objetivos e o caráter sigiloso da pesquisa, e, somente após assinatura do TCLE, passaram então a responder o questionário. Por tratar-se de um tema bastante controverso e de foro íntimo, optou-se pela aplicação individual, preferencialmente em ambiente familiar, sua residência e sem a identificação dos respondentes. O 2º contato foi subdividido:

1º momento, utilizou-se o questionário I, que corresponde à coleta de dados demográficos e clínicos para a caracterização da população.

2º momento, para obtenção dos dados relativos à sexualidade, utilizou-se o questionário CSFQ-F,⁷ que avalia funcionamento sexual feminino, preenchido pelo próprio respondente e sem limite de tempo.

A média de tempo gasto foi em média de 1 (uma) hora por mulher entrevistada.

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

RESULTADOS

Por se tratar de um estudo específico e peculiar, os dados sócio-demográficos são relevantes, sobretudo por serem mulheres, com deficiência física e por abordar sexualidade. A idade é um destes dados que podem nos auxiliar a compreender o universo da sexualidade em cada fase de vida feminina. Notamos a faixa etária que predomina mais lesões medulares, da faixa dos 18 aos 37 anos com 38%. Dados semelhantes a uma pesquisa em Maringá, com pacientes com lesão medular, que 50% das pacientes sofreram o trauma com idade entre 19 e 38 anos. O acidente, portanto, interrompe sonhos e expectativas, levando a uma necessidade de reestruturação do contexto pessoal e familiar.⁷

Quanto às mudanças do estado civil constatamos que antes da lesão, 41% das mulheres da amostra eram solteiras, 37% casadas, 2% divorciadas e 20% viúvas. Após a lesão, verificamos que das 51 mulheres do nosso estudo, 27% permaneceram sem compromisso afetivo como namoro, 8% apresentaram-se namorando, 43% estão casadas.

Com referência à composição familiar, pesquisadores revelam que é de suma importância o apoio familiar no processo emocional de adaptação e um estímulo para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e a reabilitação. É o que constatamos neste estudo, a presença da família na maioria das entrevistadas, 28% das mulheres com LM vivem com companheiros, 25% com pais, 20% com filhos, 24% recebem apoio dos avós, tias, irmãs ou nora e 3% vivem sozinhas. O que nos chama a atenção para o grande contingente de cuidadores do sexo feminino que compõe a composição familiar das mulheres com LM. Características estas já comprovadas em outros estudos.^{9,10}

Observamos a predominância no nível de ensino fundamental para 49% das mulheres. Resultados também obtidos em pesquisa na cidade de Maringá, junto a 32 indivíduos com escolaridade sendo 23 (71,9%) com ensino fundamental completo ou incompleto.¹¹ Outros estudos na cidade de São Paulo obtiveram à predominância da baixa escolaridade, destacando que nenhum dos indivíduos possuía curso universitário, e sim, ocupação como fonte de renda.^{12,13}

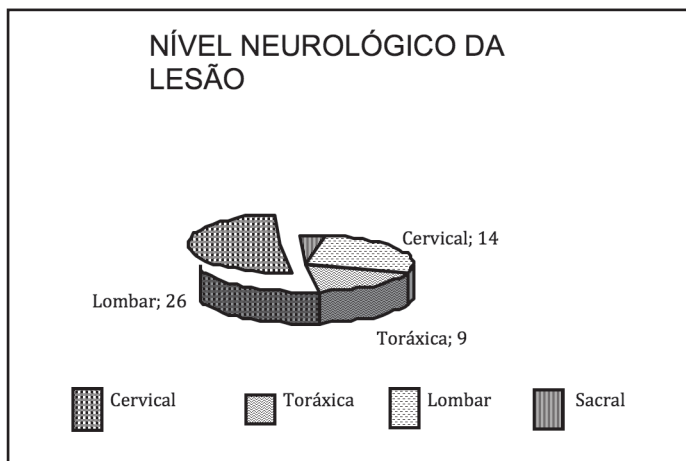


Figura 1
Distribuição das mulheres com lesão medular segundo nível neurológico da lesão, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Podemos observar a predominância de 98% de mulheres que foram avaliadas com grau incompleto de lesão medular. Deste total, 100% foram de etiologia traumática e predominância para nível neurológico lombar com 53%, seguido do cervical com 27%, torácica 16% e sacral 4%.

Vale ressaltar que a incidência de lesão medular não traumática feminina (HTLV I/ II, Mielites, Siringomielia, entre outras) é bem maior que a traumática, representando aproximadamente 70% em alguns estudos.^{14,15}

Das causas externas, vistas na tabela 1, chama a atenção o acidente automobilístico com 29,0% das causas seguido de 12% de queda, em terceiro encontra-se o FAF, levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8% cada. A quarta causa de LM foi mergulho em águas rasas e espancamento. E por último, com 2% cada ferimento por armas brancas, práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça.

Com relação às causas do trauma raquimedular, o trauma foi provocado por diversos fatores, com predominância dos acidentes automobilísticos, seguidos de queda, mergulho e arma de fogo ou branca, os quais são agrupados como sendo de etiologia exógena.¹¹

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

A população em estudo já fazia mais de quatro anos de LM

Tabela 1
Distribuição das mulheres com lesão medular segundo causa externa, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

Causa Externa	n	%
FAF	4	8,0
FAB	1	2,0
Acidente automobilístico	16	30,0
Atropelamento	3	6,0
Prática de atividades esportivas	3	6,0
Levantamento de peso	4	8,0
Quedas	3	6,0
Mergulho em águas rasas	3	6,0
Acidente com motocicleta	2	4,0
Queda da própria altura	8	16,0
Queda de objeto sobre a cabeça	1	2,0
Espancamento	3	6,0
Total	51	100,0

(77%) e apenas 22% abaixo de três anos. Mostrando não estar mais na fase de choque medular e por poderem apresentar experiências ricas e recentes.

Na tabela 2 podemos verificar a quantidade absoluta e a frequência de mulheres que apresentaram pontuação do instrumento CSFQ na versão clínica feminina cujos escores se encontraram na faixa de normalidade e de alteração. Para determinar os escores de alteração dos quesitos do questionário QSFQ foram usados os pontos de corte descritos no quadro 1. Assim, se a mulher com LTME obteve uma pontuação igual ou menor que a marcação de pontos de qualquer uma das escalas abaixo, consideramos uma disfunção sexual.^{2,3,6,8} Já anteriormente descrita nos métodos.

Tabela 2
Distribuição das respostas e das mulheres com LM sobre as alterações da atividade sexual, segundo CSFQ, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

	Alterado	Não alterado
	Abaixo da pontuação de corte	Acima ou igual à pontuação de corte
Prazer	46 (90,2%)	5 (9,8%)
Desejo / Frequência	39 (76,5%)	11 (23,5%)
Desejo / Interesse	37 (72,5%)	13 (27,5%)
Estimulação / Excitação	48 (94,1%)	3 (5,9%)
Orgasmo / Concretização	46 (90,2%)	46 (90,2%)
CSFQ total	35 (68,6%)	16 (31,4%)

Quadro 1
Alterações dos escores sobre a atividade sexual de mulheres com lesão medular, CSFQ, Ribeirão Preto, Brasil, EEUSP, 2006.

PRAZER SEXUAL: 4.0 (ITEM: 1);
DESEJO SEXUAL/FREQÜÊNCIA: 6.0 (COM A SOMATÓRIA DO ITEM 2 + ITEM 3),
DESEJO SEXUAL/INTERESSE: 9.0 (COM A SOMATÓRIA DO ITEM 4 + ITEM 5 + ITEM 6),
ESTIMULAÇÃO/EXCITAÇÃO SEXUAL: 12.0 (COM A SOMATÓRIA DO ITEM 7 + ITEM 8 + ITEM 9)
ORGASMO: 11.0 (COM A SOMATÓRIA DO ITEM 11 + ITEM 12 + ITEM 13)

Seguindo todas as recomendações dos autores do instrumento,^{2,3} podemos identificar através da tabela 2, a porcentagem para a variável prazer, de 90,0%, indicando que 90,0% desta população apresenta escore abaixo do indicado pelos pesquisadores, consequentemente 90% da população apresenta disfunção sexual em relação à variável prazer.

O mesmo ocorre com a variável orgasmo onde apresentou um percentual de 90,0%, indicando que 90,0% da população deste estudo apresenta disfunção em relação ao orgasmo.

As variáveis desejo sexual/frequência e o desejo sexual/interesse apresentaram percentual respectivamente de 76,0% e 72,0%, o que significa que 76,0% desta população apresenta disfunção do desejo/frequência e 72,0% disfunção quanto ao interesse sexual.

E a variável excitação apresentou um percentual maior que as outras variáveis, 92,0%. O que significa que 92,0% da população das mulheres com lesão medular deste estudo apresentam disfunção quanto à excitação. O que nos leva a refletir sobre as fases do processo de resposta sexual feminina descrita por estágio de excitação, estágio de platô, estágio de orgasmo e resolução, sendo esta variável, a excitação, o primeiro passo para as demais etapas.⁵

Podemos assim ter algumas hipóteses que esteja prejudicando essa fase de excitação, podendo ser o não desencadeamento dos estímulos periféricos, do toque (reflexogênica) ou por estímulos centrais (psicogênica). Essa fase é controlada principalmente pelo sistema nervoso parassimpático através de S2 a S4, estando envolvido também o sistema nervoso simpático. Além de que pesquisadores trazem a importância dos estímulos mediados pela visão, audição e olfato, por percepção direta ou através da memória, com participação especial do Sistema Límbico para o desencadeamento desta fase de excitação. (T11 a L2).^{5,12}

Diante do exposto observamos que o resultado Total do CSFQ da população deste estudo apresentou escore de 68% abaixo do indicado, levando em consideração o escore mínimo de 41,0 (com a somatória do item 1 + item 14).

Uma porcentagem elevada, o que indica a necessidade de um acompanhamento mais próximo destas pacientes no que se refere ao processo de reabilitação e, principalmente, quanto ao processo de reabilitação da sexualidade propriamente dito. O que nos leva a refletir sobre o processo de reabilitação, estando muitas vezes incoerente no seu princípio básico que é a visão holística. Levando em consideração todos os aspectos humanos, psicológicos, físicos, sociais, econômicos, religiosos, educacionais, familiares, ocupacionais, culturais e no aspecto sexual, estando este último em estado de emergência, pois há tempos, foi considerado pelos profissionais de saúde, como algo secundário no processo de reabilitação. Este assunto necessita de cuidados intensivos, atuais no âmbito de pesquisas e conscientização para profissionais de saúde, de seus pacientes e da população em geral.

DISCUSSÃO

Podemos notar que a faixa etária em que predomina a ocorrência de lesão medular é dos 18 aos 37 anos com 38,0%. Após a lesão, verificamos que, das 51 mulheres da amostragem, somente 27,0%

delas permaneceram solteiras, 8,0% namorando, 43,0% casadas, permanecendo nas mesmas condições as divorciadas e as viúvas. Quanto à composição familiar, 28,0% das mulheres com LM vivem com seus companheiros, 25,0% com pais, 20,0% com os filhos, 24,0% recebem apoio dos avós, tias, irmãs ou nora e 3,0% vivem sozinhas. O que nos chama a atenção para o grande contingente de cuidadores do sexo feminino que compõe a família das mulheres com LM. Quanto à escolaridade, observa-se tempo de escolaridade em nove anos ou ensino fundamental, 49,0%. E o que nos chama a atenção é a porcentagem de analfabetismo, 9,0% da população do estudo, refletindo ainda a escassez de educação da população. Quanto a etiologia foi à traumática com 100,0%, e o maior nível neurológico apresentado por o nível lombar 53,0%, seguido do cervical 27,0%, torácica 16,0% e sacral 4,0%, chamando a atenção o acidente automobilístico com 29,0% das causas segundo de 12,0% de queda, em terceiro encontra-se o FAF, levantamento de peso, atropelamento e acidente de motocicleta 8,0% cada, a quarta foram mergulho em águas rasas e espancamento com 2,0% cada, ferimento por armas brancas (FAB), práticas de atividades esportivas e queda de objeto sobre a cabeça, prática de esportes radicais, como alpinismo, rafting (descer corredeiras de bote), bungee jump, rapel, vôo Livre (Asa Delta), parapente, como causa para lesão medular, violência doméstica pelos cônjuges, queda da própria altura, 16,0% das mulheres, e dentre estas 94,0% são idosas. 77,0% sofreram lesão a mais de quatro anos e apenas 22,0% abaixo de três anos.

Quanto à escala CSFQ, 90% desta população em estudo apresenta um escore abaixo dos indicados pelos pesquisadores, e dentre estas, 90% da população apresenta disfunção sexual em relação a variável prazer. O mesmo ocorre com a variável orgasmo onde apresentou um percentual de 90,0% e 76,0% desta população apresenta disfunção do desejo/frequência, e ainda 72,0% disfunção quanto ao interesse sexual. E a variável excitação apresentou um percentual maior que as outras variáveis, 92,0%. Confirmando firmemente que a sexualidade da paciente lesada medular apresenta alterações significativas e que frequentemente, não são prioridades ou até muitas vezes não fazem parte do processo de reabilitação.

CONCLUSÃO

Falar sobre sexualidade humana, ou seja, sexo propriamente dito sempre foi um tabu na vida do ser humano, aliás, tudo o que é desconhecido gera insegurança e medo. O sexo é inerente ao ser humano e através dele é que se gera vida. Em se tratando da sexualidade de uma pessoa que sofreu um trauma raquimedular, é ainda maior o tabu, pelo desconhecimento e desinformação, preconceitos que são gerados por uma cultura machista. É sabido que qualquer pessoa que sofreu algum dano na medula, além de comprometimento da sensibilidade, locomoção, funções intestinais e urinárias, independente da região lesionada, também acomete a função sexual. Como todo indivíduo é único, uma lesão também se caracteriza de forma única e suas alterações, comprometimentos e seqüelas são bastante peculiares fazendo com que cada pessoa reaja de maneira diferente por mais semelhante que seja a lesão. No caso de mulheres pode haver ausência de sensibilidade, consequente-

mente a ausência de orgasmo clitoriano ou vaginal, mas a ovulação é preservada e aproximadamente entre 3 e 4 meses ocorre a volta do ciclo menstrual com capacidade de engravidar.

Considerando que estas mulheres apresentavam nível baixo de lesão, predominante lombar e grau incompleto era esperado maior independência funcional para todas as atividades.

A importância da identificação das necessidades sexuais das pacientes com lesão traumática raquimedular está no estabelecimento de metas para um cuidar em um processo de reabilitação de qualidade, integrado, com vistas à promoção da saúde e inclusão social.

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

Sendo a sexualidade constitutiva da vida humana, não poderá ser negada para aqueles que apresentam uma deficiência física, pois assim estar-se-ia negando a sua própria condição humana.¹⁶

REFERÊNCIAS

1. Guttman, L. Spinal cord injuries: comprehensive management and research. Oxford: Blackwell; 1976.
2. Walleck CA. Central nervous system II: spinal cord injury. In: Cardona VD, Hurn PD, Mason PJB, Scanlon-Schilpp AM, Veise-Berry SW, editors. Trauma nursing: from resuscitation through rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p.435-65.
3. Sartori NR, Melo MRAC. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. Medicina (Ribeirão Preto). 2002;35(2):151-9.
4. Defino HLA. Trauma raquimedular. Medicina (Ribeirão Preto). 1999;32(4):388-400.
5. Maior IMML. Reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico. Rio de Janeiro: Revinter; 1988.
6. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. Psychopharmacol Bull. 1997;33(4):731-45.
7. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
8. Clayton AH, Owens JE, McGarvey EL. Assessment of paroxetine-induced sexual dysfunction using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire. Psychopharmacol Bull. 1995;31(2):397-413.
9. Faro ACM. Cuidar do lesado medular em casa-a vivência singular do cuidador familiar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
10. Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1995.
11. Venturini DA, Decesaro MN, Marcon SS. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(2):219-29.
12. Delisa JA. Medicina de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 1992.
13. Loureiro SCC, Faro ACM, Chaves EC. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. Ver Esc Enferm USP. 1997;31(3):347-67.
14. Sodré PC, Rodrigues EC. O binômio sexualidade feminina e lesão medular: contextualizando alterações sexuais vivenciadas por portadoras de lesão medular inseridas no programa de reabilitação do Hospital Sarah, São Luis / MA [monografia]. São Luis: Hospital do Aparelho Locomotor Hospital Sarah Kubcheck; 2000.
15. Rodrigues EC, Timm M. A úlcera de pressão como obstáculo no processo de reabilitação do lesado medular [monografia]. Brasília: Hospital do Aparelho Locomotor Hospital Sarah Kubcheck; 1999.
16. Salimene ACM. Sexo: caminho para reabilitação. São Paulo: Cortez; 1995.