

ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO SEXUAL EM HOMENS PARAPLÉGICOS

Ana Cristina Mancussi e Faro *
Maria Coeli Campedelli **

RESUMO – O presente trabalho trata das alterações da função sexual em homens paraplégicos. Pesquisamos 40 pacientes, entre 18 e 50 anos, divididos em dois grupos, sendo o grupo A composto por pacientes com companheira fixa e o grupo B, composto por pacientes que não têm companheira fixa. A análise dos resultados permitiu constatar que, do total de pacientes, 33 referiram ter ereção (reflexa ou psicogênica); 30 deles relataram que a ejaculação está ausente. A presença de orgasmo foi referida por 20 pacientes e as áreas de prazer mais citadas, por 19 pacientes, foram o pescoço, as costas e o tórax.

ABSTRACT – This study refers to the alteration of sexual function of paraplegic, carried out with forty men aged between 18 to 50 years. They were divided into two groups. Group A consisted of men living with a steady partner. Group B consisted of men who do not have a steady partner. The analysis of data showed that 33 of the total group, had erection (either reflex or psicogenic); 30 of the participants referred as not having ejaculation. The presence of orgasm was reported by twenty men. The erotogenic zones mostly reported by 19 patients were neck, back and chest.

1 INTRODUÇÃO

Durante um período de quatro anos, trabalhamos em uma unidade de pacientes paraplégicos, onde pudemos constatar que o enfermeiro necessita de preparo mais específico, para atender aos questionamentos que estes pacientes apresentam em relação à sua sexualidade. Assim sendo, decidimos estudar o problema, na tentativa de elaborar uma proposta de orientação que auxiliará, tanto o paciente quanto o profissional, a melhorar o atendimento das necessidades relacionadas à sexualidade destes pacientes.

Segundo SOLVES et al¹⁰, as alterações nos costumes sociais, relativas à esfera sexual, ainda que as pessoas não tenham superado as barreiras de defesa da própria intimidade, faz com que alguns pacientes se sintam cada vez inclinados a buscar informações por meios variados, recorrendo, em muitas ocasiões, a qualquer profissional da equipe de saúde que lhe inspire confiança, para perguntar sobre os problemas que estão ocorrendo na sua vida sexual. Estes autores, ainda enfatizam que surgem problemas, quando o profissional encarregado pela atenção ao paciente a quem este procura, em busca de informações e orientações, não está capacitado para isto, ou não tem, claramente determinado, suas responsabilidades.

Atuando junto ao lesado medular, os enfermeiros têm demonstrado preocupação com os

cuidados referentes à musculatura, eliminação vesical e intestinal, integridade da pele, uso de cadeira de rodas, transferência da cadeira de rodas para a cama e vice-versa, ocupação, recreação e lazer, entre outros. Enfim, a preocupação restringe-se ao retorno deste homem, na situação de paraplegia, ao seu contexto social e familiar, colocando em segundo plano a importância da função sexual na vida do paraplégico.

MAIOR⁷, ao discutir a participação e preparo dos profissionais de reabilitação, cita que a maioria dos autores recomenda a interdisciplinaridade, isto é, o envolvimento de diversos profissionais da área de reabilitação, no programa de aconselhamento sexual. Esta mesma autora, também esclarece que o profissional de saúde interessado em participar de programa para aconselhamento sexual, como orientador ou conselheiro, deve ter uma preparação para a tarefa, adquirindo conhecimento sobre técnicas de entrevistas, repercussão da lesão medular na função sexual, e deve sentir-se à vontade para abordar o tema da sexualidade.

Autores como SOLVES et al¹⁰, enumeram as razões que parecem explicar o porque, de não de prestar maior atenção aos problemas sexuais dos pacientes portadores de doenças crônicas. Apontam:

- a crença comum, de que doenças crônicas

* Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

** Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Univ. de São Paulo.

são problemas geriátricos;

- que a sexualidade, está reservada àqueles tidos como saudáveis;

- que é impossível desenvolver uma atividade sexual com pacientes portadores de doenças crônicas;

- que a vida sexual de um indivíduo, não é uma área vital para recuperar-se. Traz problema fisiológico ou psicológico;

- que a maioria das investigações que se tem realizado, versa sobre parâmetros estritamente médicos da doença.

BORELLI et al², enfatizam que o lesado medular é uma pessoa, e como toda pessoa, tem sexualidade e a necessidade de expressar seus desejos e impulsos. Outro aspecto por eles abordado e que merece destaque, é que o relacionamento sexual aumenta o prazer pelo próprio corpo, estimula a comunicação e constrói a auto-estima.

Os lesados medulares, têm sido considerados "assexuados", preocupados com perversos desejos sexuais, inábeis em suas atividades sexuais ou frágeis para ouvir qualquer discussão sobre sexo¹¹.

Ainda a destacar, é que devemos compreender que as reações dos pacientes paraplégicos envolvem atividades psíquicas conscientes e inconscientes, e dependem das condições do desenvolvimento de sua imagem e esquema corporais, uma vez que o paraplégico deverá integrar uma nova imagem corporal e reformular seu auto-conceito¹³.

NOVAES⁸, esclarece que o paraplégico tem dificuldades de identificação com a figura humana e de integração de esquema corporal, ou seja, sente-se incompleto, não conseguindo integrar as formas e partes físicas numa nova imagem corporal.

Ao abordar os aspectos psicológicos da pessoa com lesão raquimedular, MAIOR⁷ traça um paralelo entre auto-imagem e auto-estima do paraplégico, o que elucidaremos a seguir. Segundo esta autora, a imagem corporal representa o conjunto de informações, percepções e sentimentos conscientes e inconscientes do corpo. Após a lesão raquimedular, surge um conflito de aceitação e adaptação às novas circunstâncias. Para estabelecer sua nova imagem corporal, a pessoa com lesão medular precisa conhecer suas limitações e modificações, inclusive, saber lidar com os equipamentos que utiliza (cadeira de rodas, muletas, coletor de urina), numa nova vivência do próprio corpo; precisa ser capaz de expor esta situação diferente aos demais⁷, pois aparecem sentimentos de vergonha e de medo, além da preocupação de que sua deformidade seja motivo de rejeição social e sexual.

Paralelamente à auto-imagem, MAIOR⁷ conceitua auto-estima como a confiança e a sa-

tisfação que o próprio corpo transmite ao indivíduo. Afetada a auto-estima, estará também distorcida a percepção de adequação à vida, dando espaço a sentimentos de inferioridade e abandono.

A vivência do sentimento da impotência sexual, principalmente no homem paraplégico, traz sérios problemas de ajustamento, sentindo-se inferiorizado e com sentimento de que está sendo continuamente traído, uma vez que a imagem que faz do seu corpo é defeituosa e inútil.

Diante desta problemática, cumpre-nos dizer que é nosso dever conhecer e orientar os pacientes paraplégicos, acerca dos problemas referentes à área de nossa competência, que engloba também os problemas sexuais consequentes à lesão medular, dissimular o que existe sobre paraplegia e sexualidade, bem como discutir a respeito das opções para dar e receber prazer sexual.

Objetivo

Identificar as alterações da função sexual mais comumente verbalizadas pelos pacientes paraplégicos.

2 MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado no Serviço de Ambulatório do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo.

Fizeram parte da população deste estudo, 40 pacientes do sexo masculino, com idade entre 18 e 50 anos, matriculados no serviço de ambulatórios, portadores de paraplegia por trauma com lesão abaixo da primeira vértebra torácica (T¹), incluindo ferimento por arma de fogo (FAF) e ferimento por arma branca (FAB), em condições de dar informações e o consentimento do paciente para participar do estudo. Os pacientes (40) foram distribuídos em dois grupos, sendo o grupo A composto por pacientes que têm companheira fixa e o grupo B, composto por pacientes que não tem companheira fixa.

O instrumento utilizado na coleta de dados faz parte da dissertação de FARO⁴, e para este trabalho apresentaremos somente as questões relativas ao tema (Anexo).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo dos 40 pacientes portadores de paraplegia por traumatismo, permitiu-nos identificar as alterações da função sexual mais comumente verbalizadas por estes pacientes.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes do grupo A segundo alterações na ereção, tempo de paraplegia, nível e grau de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Tipo de ereção	Menos de 1			1- 3			3-			Total		
		R*	P**	N***	R	P	N	R	P	N	R	P	N
Nível/grau													
Coluna torácica													
	Co****	5	-	3	1	-	-	1	-	1	7	-	4
	I*****	1	-	-	-	-	-	2	1	-	3	1	-
Transição tóracolombar													
	Co	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
	I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coluna lombar													
	Co	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
	I	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Total		8	1	3	1	1	1	3	1	1	12	3	5

* R = Reflexa
 ** P = Psicogênica
 *** N = Nula
 **** Co = Completa
 ***** I = Incompleta

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, podemos verificar que 15 pacientes referiram ter ereção reflexa ou psicogênica e 5 responderam que não têm ereção. Quanto ao tempo de paraplegia, constatamos que 9 pacientes, com menos de 1 ano de paraplegia, informaram ter ereção reflexa ou psicogênica, contra apenas 3 que negaram tal ocorrência.

Relacionado ao nível de grau de lesão, os resultados apontam que houve predominância de ereção reflexa, para os pacientes com lesão medular em nível de coluna torácica e com menos de 1 ano de paraplegia, sendo 5 pacientes com grau completo de lesão e apenas 1 paciente com grau incompleto de lesão.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes do grupo B, segundo alterações na ereção, tempo de paraplegia, nível e grau de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Tipo de ereção	Menos de 1			1- 3			3-			Total		
		R*	P**	N***	R	P	N	R	P	N	R	P	N
Nível/grau													
Coluna torácica													
	Co****	2	1	1	1	-	-	2	2	-	5	3	1
	I*****	1	-	-	1	1	-	2	1	1	4	2	1
Coluna lombar													
	Co	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-
	I	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Total		4	3	1	2	1	-	4	4	1	10	8	8

* R = Reflexa
 ** P = Psicogênica
 *** N = Nula
 **** Co = Completa
 ***** I = Incompleta

Os dados da Tabela 2, mostram que 18 pacientes referiram ter ereção reflexa ou psicogênica, e apenas 2 pacientes informaram não ter ereção.

Quanto ao nível, grau de lesão e tempo de paraplegia, podemos afirmar que 4 pacientes com lesão em nível de coluna torácica, com grau completo de lesão em nível de coluna torácica, com grau completo de lesão e paraplégicos há mais de 3 anos, responderam ter ereção reflexa ou psicogênica. Outros 3 pacientes, com este mesmo nível de lesão e tempo de paraplegia, também afirmaram ter ereção reflexa ou

psicogênica; apenas 3 têm grau incompleto de lesão. Destacamos também, que 3 pacientes com lesão em nível de coluna torácica e com grau completo de lesão e com tempo de paraplegia correspondente há menos de 1 ano, afirmaram ter ereção reflexa ou psicogênica. Apenas 1 paciente com mesmo nível de lesão e tempo de paraplegia, com grau incompleto de lesão, afirmou ter ereção e, neste caso, reflexa.

MAIOR⁷, considera que dentre os pacientes com ereção psicogênica, poucos são capazes de conseguí-la a cada tentativa. Afirma ainda, que este tipo de ereção é mais característica de pa-

são problemas geriátricos;

- que a sexualidade, está reservada àqueles tidos como saudáveis;

- que é impossível desenvolver uma atividade sexual com pacientes portadores de doenças crônicas;

- que a vida sexual de um indivíduo, não é uma área vital para recuperar-se. Traz problema fisiológico ou psicológico;

- que a maioria das investigações que se tem realizado, versa sobre parâmetros estritamente médicos da doença.

BORELLI et al², enfatizam que o lesado medular é uma pessoa, e como toda pessoa, tem sexualidade e a necessidade de expressar seus desejos e impulsos. Outra aspecto por eles abordado e que merece destaque, é que o relacionamento sexual aumenta o prazer pelo próprio corpo, estimula a comunicação e constrói a auto-estima.

Os lesados medulares, têm sido considerados "assexuados", preocupados com perversos desejos sexuais, inábeis em suas atividades sexuais ou frágeis para ouvir qualquer discussão sobre sexo¹.

Ainda a destacar, é que devemos compreender que as reações dos pacientes paraplégicos envolvem atividades psíquicas conscientes e inconscientes, e dependem das condições do desenvolvimento de sua imagem e esquema corporais, uma vez que o paraplégico deverá integrar uma nova imagem corporal e reformular seu auto-conceito¹³.

NOVAES⁸, esclarece que o paraplégico tem dificuldades de identificação com a figura humana e de integração de esquema corporal, ou seja, sente-se incompleto, não conseguindo integrar as formas e partes físicas numa nova imagem corporal.

Ao abordar os aspectos psicológicos da pessoa com lesão raquimedular, MAIOR⁷ traça um paralelo entre auto-imagem e auto-estima do paraplégico, o que elucidaremos a seguir. Segundo esta autora, a imagem corporal representa o conjunto de informações, percepções e sentimentos conscientes e inconscientes do corpo. Após a lesão raquimedular, surge um conflito de aceitação e adaptação às novas circunstâncias. Para estabelecer sua nova imagem corporal, a pessoa com lesão medular precisa conhecer suas limitações e modificações, inclusive, saber lidar com os equipamentos que utiliza (cadeira de rodas, muletas, coletor de urina), numa nova vivência do próprio corpo; precisa ser capaz de expor esta situação diferente aos demais⁷, pois aparecem sentimentos de vergonha e de medo, além da preocupação de que sua deformidade seja motivo de rejeição social e sexual.

Paralelamente à auto-imagem, MAIOR⁷ conceitua auto-estima como a confiança e a sa-

tisfação que o próprio corpo transmite ao indivíduo. Afetada a auto-estima, estará também distorcida a percepção de adequação à vida, dando espaço a sentimentos de inferioridade e abandono.

A vivência do sentimento da impotência sexual, principalmente no homem paraplégico, traz sérios problemas de ajustamento, sentindo-se inferiorizado e com sentimento de que está sendo continuamente traído, uma vez que a imagem que faz do seu corpo é defeituosa e inútil.

Diante desta problemática, cumpre-nos dizer que é nosso dever conhecer e orientar os pacientes paraplégicos, acerca dos problemas referentes à área de nossa competência, que engloba também os problemas sexuais consequentes à lesão medular, desmistificar o que existe sobre paraplegia e sexualidade, bem como discutir a respeito das opções para dar e receber prazer sexual.

Objetivo

Identificar as alterações da função sexual mais comumente verbalizadas pelos pacientes paraplégicos.

2 MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado no Serviço de Ambulatório do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo.

Fizeram parte da população deste estudo, 40 pacientes do sexo masculino, com idade entre 18 e 50 anos, matriculados no serviço de ambulatórios, portadores de paraplegia por trauma com lesão abaixo da primeira vértebra torácica (T¹), incluindo ferimento por arma de fogo (FAF) e ferimento por arma branca (FAB), em condições de dar informações e o consentimento do paciente para participar do estudo. Os pacientes (40) foram distribuídos em dois grupos, sendo o grupo A composto por pacientes que têm companheira fixa e o grupo B, composto por pacientes que não tem companheira fixa.

O instrumento utilizado na coleta de dados faz parte da dissertação de FARO⁴, e para este trabalho apresentaremos somente as questões relativas ao tema (Anexo).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo dos 40 pacientes portadores de paraplegia por traumatismo, permitiu-nos identificar as alterações da função sexual mais comumente verbalizadas por estes pacientes.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes do grupo B segundo alterações na ejaculação, tempo de paraplegia, nível e grau de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Ejaculação	Menos de 1		1-3		3+		Total	
		P*	A**	P	A	P	A	P	A
Nível/Grau									
Coluna torácica									
	Co***	-	4	1	-	2	2	3	6
	I****	-	1	1	1	1	3	2	5
Coluna lombar									
	Co	-	-	-	1	-	1	-	2
	I	1	1	-	-	-	-	1	1
Total		1	6	2	2	3	6	6	14

* P = Presente

** A = Ausente

*** Co = Completa

**** I = Incompleta

Foi possível constatar com dados da Tabela 4, que 14 pacientes responderam não ter ejaculação, contra 6 que afirmaram ter ejaculação. Do total de pacientes que responderam não ter ejaculação, 6 deles têm menos de 1 ano de paraplegia, 6 pacientes têm mais de 3 anos de paraplegia e somente 2, de 1 ano à 3 anos de paraplegia. Dos pacientes (6) que afirmaram ter ejaculação, 3 deles têm mais de 3 anos de paraplegia. Quanto ao nível e grau de lesão, 11 pacientes têm lesão em nível de coluna torácica, sendo 6 com grau completo, e 5 com grau incompleto de lesão. Apenas 3 pacientes têm lesão em nível de coluna lombar, sendo 2 com grau completo, e 1 com grau incompleto de lesão.

No presente estudo, foi possível verificar um número significativamente alto de pacientes que afirmaram não apresentar ejaculação.

Segundo MAIOR⁷, a ejaculação está presente com mais frequência nas lesões incompletas e do tipo neurônio motor inferior sendo rara em pacientes com lesão completa do tipo neurônio motor superior, apesar dos arcos reflexos sacrais e lombares estarem íntegros, presumivelmente, por causa do papel inibidor do centro sacral sobre o tóracolombar.

Comparando nossos resultados obtivemos 3 pacientes com lesão de grau incompleto, a nível de coluna lombar ou do tipo neurônio motor inferior, os quais referiram apresentar ejaculação.

É oportuno esclarecer que estes pacientes têm menos de 1 ano de paraplegia.

PINEL⁹ também encontrou resultados semelhantes a MAIOR⁷, afirmando que a ejaculação ocorre entre 3% e 20% dos homens com lesão medular, apenas variando com o tipo de lesão. PINEL⁹, ainda esclarece que dos homens com lesão medular de nível baixo e incompleta, 70% deles apresentam ejaculação. Já para as lesões medulares de nível alto e completa a ocorrência de ejaculação varia entre 1% e 14%.

Podemos afirmar que com relação à presença ou não de ejaculação, em pacientes nos quais a lesão medular é de grau completo e do tipo neurônio motor superior, a ocorrência de ejaculação é baixa. Em contrapartida, nas lesões de grau incompleto e do tipo neurônio motor inferior, a ocorrência de ejaculação é maior.

Com relação ao tempo de paraplegia, JACKSON⁶, refere que dos 7 pacientes com lesão em nível de T¹-T⁹ e média de tempo de paraplegia de 4 anos, somente 3 pacientes tinham ejaculação. Ainda dos 9 pacientes com nível de lesão T¹⁰ ou abaixo, e média de tempo de paraplegia de 14 anos, este mesmo autor aponta 3 pacientes com ejaculação.

Vale ressaltar que neste estudo, apenas 3 pacientes menos de 1 ano de paraplegia referiram ter ejaculação. Todos com lesão em nível de coluna lombar e de grau incompleto.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes do grupo A, segundo presença de orgasmo, tempo de paraplegia, nível e grau de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Orgasmo	Menos de 1		1-3		3+		Total	
		S*	N**	S	N	S	N	S	N
Nível/grau									
Coluna torácica									
	Co***	-	8	-	1	-	2	-	11
	I****	1	-	-	-	-	3	1	3
Transição torácica lombar									
	Co	-	-	-	-	-	-	-	-
	I	-	-	1	-	-	-	1	-
Coluna lombar									
	Co	-	1	-	1	-	-	-	2
	I	2	-	-	-	-	-	2	-
Total		3	9	1	2	-	5	4	16

* S = Sim ** N = Não

*** Co = Completa

**** I = Incompleta

Os dados da Tabela 5, permitem conhecer as alterações do orgasmo referidas pelos pacientes do grupo A. Constatamos que afirmaram ter orgasmo. Dos pacientes que responderam não ter orgasmo, 9 deles têm menos de 1 ano de paraplegia e destes pacientes, 8 têm lesão em nível de coluna torácica com grau completo de lesão. Do total de pacientes que referiram ter orgasmo (4), 3 deles têm menos de 1 ano de paraplegia, sendo 2 pacientes com lesão de grau

incompleto em nível de coluna lombar e apenas 1 paciente, também com grau incompleto, em nível de coluna torácica.

Notamos que apenas 1 paciente com lesão de grau incompleto a nível de transição tóraco-lombar e com tempo de paraplegia variando entre 1 e 3 anos, referiu ter orgasmo. No entanto, nenhum paciente com tempo de paraplegia superior a 3 anos, referiu ter orgasmo.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes do grupo B, segundo presença de orgasmo, tempo de paraplegia, nível e grau de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Menos de 1		1-3		3+		Total	
	S*	N**	S	N	S	N	S	N
Nível/grau								
Coluna torácica								
Co***	4	-	1	-	4	-	9	-
I****	1	-	-	1	3	1	4	2
Coluna lombar								
Co	-	-	1	-	-	1	1	1
I	1	1	-	-	1	-	2	1
Total	6	1	2	1	8	2	16	4

* S = Sim ** N = Não

*** Co = Completa

**** I = Incompleta

Na Tabela 6, os dados evidenciam que 16 pacientes responderam que têm orgasmo e 4 pacientes afirmaram não ter orgasmo. Verificamos que do total de pacientes que referiram ter orgasmo, 8 pacientes têm mais de 3 anos de paraplegia, e destes, 4 pacientes têm lesão em nível de coluna torácica com grau completo. Outros 3 pacientes têm grau incompleto de lesão. Ressaltamos que 6 pacientes, com menos de 1 ano de paraplegia, responderam ter orgasmo, sendo 5 pacientes com lesão em nível de coluna torácica, 4 com grau completo e 1 paciente com grau incompleto de lesão.

É limitada a literatura sobre pesquisas realizadas na tentativa de se estudar o orgasmo.

Surpreendeu-nos os resultados evidenciados no presente estudo, pois percebemos que 20 pacientes (4 pacientes do grupo A e 16 do grupo B), referiram apresentar orgasmo. É interessante notar maior ocorrência de orgasmo no grupo B, cujos pacientes não têm companheira fixa. Também é bastante discutida a questão da vinculação do orgasmo à ejaculação.

Tendo em vista que a ausência de ejacu-

lação na população estudada é predominante, a questão da presença de orgasmo é discutível.

MAIOR⁷, cita trabalhos científicos nacionais que consideram os resultados obtidos sobre as alterações da função sexual bastante acima das estimativas norte-americanas, talvez refletindo a influência de fatores da cultura brasileira que, ao confundir potência com masculinidade, leva a falsos depoimentos.

Talvez, de maneira isolada, o orgasmo merece ser estudado com maior profundidade, mas vinculado ao sistema de valores e crenças de cada indivíduo; haja vista o caráter de subjetividade deste fenômeno. Ainda reforçamos esta opinião quando apontamos, que a maioria dos pacientes que não têm companheira fixa e com menor ocorrência de ejaculação, referiu ter orgasmo.

Outro aspecto que merece ser estudado é a relação orgasmo e vínculo afetivo entre os parceiros. Podemos, então, supor que em não tendo vínculo afetivo entre os parceiros, o homem paraplégico possa centrar-se em si mesmo, não havendo a responsabilidade de conduzir a parceira ao orgasmo.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes do grupo A, segundo identificação das áreas de prazer, tempo de paraplegia e nível de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Menos de 1			1-3			3+			Total		
	G*	O**	N***	G	O	N	G	O	N	G	O	N
Nível de lesão												
Coluna torácica	-	5	4	-	-	1	-	4	1	-	9	6
Transição torácica colombar	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Coluna lombar	1	1	1	-	-	1	-	-	-	1	1	2
Total	1	6	5	-	1	2	-	4	1	1	11	8

* G = Genitais

** O = Outras regiões (pescoço, tórax, costas)

*** N = Nenhuma

Conforme os dados apresentados na Tabela 7, verifica-se que 12 pacientes referiram identificar áreas de prazer, sendo que 11 deles, citaram outras regiões (pescoço, tórax e costas) e apenas 1 paciente citou os genitais. Constatamos, também, 8 pacientes que responderam que não identificaram áreas de prazer. Quanto aos pacientes com menos de 1 ano de paraplegia

(12), 7 deles afirmaram que identificam áreas de prazer. No que se refere ao nível de lesão, podemos afirmar que 9 pacientes com lesão em nível de coluna torácica citaram outras regiões, contra 1 paciente com lesão em nível de transição tóracolombar, e 1 paciente com lesão em nível de coluna lombar.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes do grupo B, segundo identificação das áreas de prazer, tempo de paraplegia e nível de lesão. São Paulo, 1989.

Tempo de paraplegia (anos)	Menos de 1			1 - 3			3 -			Total		
	Áreas de prazer			G*	O**	N***	G	O	N	G	O	N
Nível de lesão												
Coluna torácica	-	2	3	1	2	-	3	4	1	4	8	4
Coluna lombar	1	-	1	-	-	1	1	-	-	2	-	2
Total	1	2	4	1	2	1	4	4	1	6	8	6

* G = Genitais

** O = Outras regiões (pescoço, tórax, costas)

*** N = Nenhuma

Os dados apresentados na Tabela 8, evidenciam que 14 pacientes responderam que identificam áreas de prazer, sendo que 8 deles, citaram outras regiões e 6 pacientes citaram os genitais. Apenas 8 pacientes responderam que não identificam áreas de prazer. Quanto ao tempo de paraplegia, chamou a atenção o fato de 7 pacientes, com mais de 3 anos de paraplegia, identificaram áreas de prazer, sendo que 4 deles referiram-se a outras regiões, e 3 pacientes, os genitais. No que se refere ao nível de lesão, verificamos a predominância de pacientes (12) com lesão em nível de coluna torácica e que afirmaram identificar áreas de prazer.

Diante do exposto, podemos considerar a importância de valores culturais na determinação e identificação de áreas de prazer.

BERNHOFET¹, ao tecer comentários acerca de conhecimento do indivíduo sobre o próprio corpo, acredita que este auto-conhecimento se dá a partir da masturbação, das brincadeiras sexuais na infância e da observação das reações e condutas dos pais, face ao seu próprio corpo. Este mesmo autor constatou, por meio de seus estudos, que os homens receberam maior permissão para a descoberta do próprio corpo.

A qualidade erógena pode achar-se assinaladamente relacionada a determinadas partes do

corpo. Há zonas erógenas predestinadas, como a boca (sucção do bebê), por exemplo, mas este mesmo exemplo demonstra-nos, também, que qualquer outra região ou epiderme ou da mucosa pode servir de zona erógena, isto é, que possui a priori, determinada capacidade para sê-lo. Assim, a qualidade do estímulo influi mais na produção de prazer, que o caráter da parte do corpo correspondente (FREUD⁵).

Segundo TIEFER¹³, todos os seres humanos têm a capacidade de reagir eroticamente às carícias extragenitais, se as condições para a aprendizagem forem favoráveis. No entanto, muitos rejeitam o aspecto sensual da sexualidade, preferindo acentuar exclusivamente a função genital.

4 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Com relação às alterações da função sexual, mais comumente verbalizadas pelos pacientes paraplégicos, verificamos que a ereção reflexa teve maior ocorrência quando comparada à ereção psicogênica; a ejaculação está ausente na maioria dos pacientes; a presença de orgasmo foi referida por metade dos pacientes; a maioria dos pacientes refere outras regiões (pescoço, tórax e costas) como áreas de prazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNHOFET, R.A. *Hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros*. São Paulo: Cultrix, 1983, p. 17-65: Resumo ao conhecimento de si mesmo.
- BORELLI, M. et al. *Lesão Medular: função e orientação sexual*. São Paulo, Associação de Assistência à Criança Defeituosa, 1984. (Mimeografado).
- COMARR, A.E. et al. Sexual function in traumatic paraplegia and quadriplegia. *Am J. Nurs.*, v. 75, p. 250-5, 1975.
- FARO, A.C.M. e Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos. São Paulo, 1991. 98p. Dissertação (Mestrado) Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.
- FREUD, S. *Obras completas: uma teoria sexual*. Rio de Janeiro: Delta, s/d, v.3, p. 7-126.
- JACKSON, R.W. Sexual rehabilitation after cord injury. *Paraplegia*, v. 10, p. 50-5, 1972.

- 7 MAIOR, I.M.M. de L. *Reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico*. Rio de Janeiro: Revinter, s.d.
- 8 NOVAES, M.H. *Psicologia aplicada à reabilitação*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p.95-102: conflitos afetivos-sexuais dos paraplégicos.
- 9 PINEL, A. O sexo nos deficientes físicos, In CAVALCANTI, R.C. & VITIELLO, N. *Sexologia I: textos do 1º Encontro Nacional de Sexologia*. São Paulo, Fundo Editorial. FEBRASCO, 1984.
- 10 SOLVES, J.J.M. et al. *Conduta sexual y enfermedad crónica*. *Enf. Client.*, v.84, p.4-16, 1989.
- 11 SPICA, M.M. Sexual counselling standars for the spinal cord-injured. *J. Neurosci-Nurs.* v.21, p.56-60, 1989.
- 12 TALBOT, H.S. The sexual function in paraplegia. *J.Urol.*, v.73, p.91-100, 1985.
- 13 TIEFER, L. *A sexualidade humana: sentimentos e funções*. São Paulo: Harper & How do Brasil, 1979.
- 14 ZEITLIN, A.B. et al. Sexology of the paraplegic male. *Fertl. Steril.*, v.8, p.337-44, 1957.

A N E X O

1. DADOS CLÍNICOS DE INTERESSE

Tempo de paraplegia _____ Nível de Lesão: _____

Grau de lesão () Completa () incompleta

Tempo de internação: _____

2. DADOS REFERENTES ÀS ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO SEXUAL

Lembrando de como era sua ereção, ejaculação, orgasmo e áreas de prazer antes da paraplegia, explique cada uma delas após a paraplegia.:

**ASSOCIE-SE À ABEn
DE SEU ESTADO**