

# PERCEPÇÕES SOBRE A ABORDAGEM EDUCATIVA NA REABILITAÇÃO DA SEXUALIDADE EM CONTEXTO HOSPITALAR

Teresa Adelaide Ribeiro PEREIRA<sup>1</sup>  
Teresa VILAÇA<sup>2</sup>

14

**RESUMO:** A educação assume uma função vital nas intervenções de reabilitação. Tratando-se a reabilitação sexual no doente com lesão vertebro-medular (LVM) de um processo complexo e moroso, nada é mais importante do que a percepção do doente para compreender a abordagem educativa feita pelos profissionais de saúde em contexto hospitalar. Com essa intenção, fez-se um estudo de natureza qualitativa, com recurso a uma entrevista semiestruturada, realizada a uma amostra de conveniência de homens com LVM de origem traumática (N=12), que estiveram internados num serviço de reabilitação. Os resultados mostraram que todos os homens entrevistados com LVM, como consequência de um acidente, confrontam-se com uma situação nova com várias limitações a nível físico, psicológico e social. Estes homens demonstraram que tinham comportamentos sexuais diferentes que exigiam diferentes forma de ajuda na educação em sexualidade, mas, em sua opinião, a abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde apresentou lacunas nos conhecimentos e experiência com utentes com alterações da sexualidade, informando-os pouco sobre as inúmeras dificuldades que experienciavam para se adaptarem à nova condição física, imagem corporal e autoestima. Destes resultados emerge a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde, assim como na concepção e implementação de programas de educação em sexualidade na reabilitação do utente com LVM.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em sexualidade. Lesão Vertebro-medular. Reabilitação sexual.

## Introdução

As lesões vertebro-medulares (LVM) têm um impacto significativo no funcionamento físico, emocional e sexual do indivíduo (HESS; HOUGH; TAMMARO, 2007) condicionando, de um modo global, a sua saúde e a sua qualidade de vida e, de um modo mais específico, a sua saúde sexual, uma vez que a maior parte das lesões traumáticas acontecem em homens e mulheres ao longo da sua vida sexual ativa.

Lidar com problemas sexuais devido a doença ou incapacidade faz parte da reabilitação global dos utentes com LVM. No entanto, quer os utentes quer a experiência dos profissionais de saúde têm funcionado como barreiras para discutir os problemas relacionados com a sexualidade destes utentes e

<sup>1</sup> Hospital de Braga. Braga – PO - Portugal. 4710-243 - teresa.ar.pereira@gmail.com

<sup>2</sup> UM - Universidade do Minho. Instituto de Educação. Braga – PO - Portugal. 4710-057 - tvilaca@ie.uminho.pt

aprender a lidar com eles (POST et al., 2008). Neste sentido, é crucial para a investigação e prática dos profissionais a trabalhar em contexto de cuidados de saúde nos serviços de reabilitação, contribuir para aumentar o conhecimento sobre as necessidades de formação dos profissionais de saúde na área da reabilitação da sexualidade e do funcionamento sexual do utente com LVM, com o objetivo de promover a sua (re)educação sexual durante o processo de reabilitação.

Segundo Boyer et al. (2005), há um grande número de aspetos éticos a ter em consideração quando se proporciona informação sobre as consequências genitais e sexuais da LVM, se faz a (re)educação sexual destes utentes e se promovem os tratamentos médicos possíveis, com o objetivo de reabilitar a sua sexualidade. Em primeiro lugar, todas as pessoas têm direito à informação acerca da sua sexualidade, direito à expressão da sexualidade e direito à dignidade pessoal e não discriminação social, não sendo negado o seu potencial desenvolvimento pleno em todos os aspectos da vida. Em segundo lugar, todos os utentes são livres de querer ou não determinado tratamento, existindo para isso o consentimento informado.

A saúde sexual individual não está garantida quando existe alteração das respostas fisiológicas, psicossociais e comportamentais (GRECO, 2000). Entre as pessoas com LVM, a reabilitação abrange fatores como alterações do funcionamento físico, imagem corporal, amor-próprio, papéis sociais e familiares e o acesso, integração e participação na sociedade. (KENDALL et al., 2003).

O facto de na medicina imperar a clássica equação sintoma – diagnóstico – tratamento, faz com que o prazer sexual tenda a ser desvalorizado. Segundo Cardoso (2006), a esfera sexual situada entre a parte fisiológica e a psicossocial constitui uma área de intervenção daquilo a que se chama abordagem holística da doença. Para Paisana e Almeida (2007), hoje em dia não se consegue compreender como é que na maior parte dos programas de reabilitação, ainda é possível descurar a vertente sexual. A este propósito afirmam: “Dá-se muita ênfase à reabilitação física. E bem, não podia ser doutra forma. No entanto, acho que não se deve esquecer a ligação tão próxima que a sexualidade mantém com a saúde física e psicológica de todos nós.” (PAISANA; ALMEIDA, 2007, p.56).

Graças aos avanços científicos no tratamento das lesões medulares, houve melhorias tanto na qualidade de vida como na sobrevivência do utente com LVM. Estes pacientes passaram a ter condições de exercer uma atividade profissional, atingindo a “reabilitação profissional” e, face a esta etapa, surge a um nível mais avançado a “reabilitação sexual”

(BORRELLI JÚNIOR, 2007). A reabilitação da sexualidade no utente com LVM tem sido vista apenas em termos de fertilidade e funcionamento genital, quando é pertinente considerar a natureza complexa desta, uma vez que a sexualidade envolve interações complexas entre as dimensões fisiológica, fisiológico-social, cultural, emocional e espiritual (KENDAL et al., 2003), isto é, durante a reabilitação não deve ser dada demasiada ênfase ao genitalismo, devendo ser trabalhada a expressão e gratificação da sexualidade.

A sexualidade continua a ser uma área difícil de abordar pelos elementos da equipa de reabilitação, apesar de trabalharem frequentemente com utentes com problemas de saúde sexual (GRECO, 2000). A capacidade e a disponibilidade dos profissionais para discutir a sexualidade continuam pouco consistentes e a inadequada formação e a falta de conforto foram as principais razões apontadas pelos profissionais para o seu não envolvimento na reabilitação sexual (HABOUBI; LINCOLN, 2003). Neste contexto, é necessário um modelo de desenvolvimento sistemático da habilidade profissional para lidar com a sexualidade dos utentes com LVM, com vista à mudança necessária nas suas práticas nesta área, uma vez que as suas atitudes e comportamentos são relevantes para a reabilitação do utente após a LVM (KENDALL et al., 2003). Segundo uma experiência clínica realizada na Holanda, a maioria dos pacientes tende a não levar o tópico da sexualidade para a equipa de reabilitação, possivelmente por ansiedade ou timidez, passando a solução pelo profissional tomar a iniciativa em discutir assuntos da sexualidade (GIANOTTEN et al., 2006). Quando essa discussão não acontece, o paciente pode interiorizar atitudes baseadas em informações erradas sobre as implicações sexuais da incapacidade, ter perspetivas equívocas sobre as expectativas do parceiro sexual, ter objectivos irrealistas sobre o seu desempenho sexual e não existir uma comunicação aberta sobre estes assuntos (GRECO, 2000).

A maioria dos profissionais da reabilitação vê a sexualidade e a educação em sexualidade dos seus pacientes como um tema difícil de abordar e tratar.

[...] a abordagem de temas sobre as suas condições pessoais não é fácil para quem se encontra numa situação pós-traumática. Por essa razão, a abordagem mais delicada deveria ser promovida pelas instituições de tratamento e reabilitação, numa linguagem clara e sem tabus [...] que pode fazer a diferença entre uma fé cega num futuro melhor e a esperança esclarecida com base em esclarecimentos de médicos e enfermeiros, e complementadas pelos testemunhos de pessoas que nos possam transmitir as suas experiências em circunstâncias semelhantes. (PAISANA; ALMEIDA, 2007, p.56).

Gianotten et al. (2006), realizaram dois estudos exploratórios, um aos pacientes e parceiros e outro aos profissionais, para identificar as razões para a falta de referências para criar um manual de procedimentos em reabilitação da sexualidade. Os resultados mostraram que os pacientes e os profissionais acreditavam que era necessário dar mais atenção aos problemas sexuais, tendo sido conduzida uma conspiração do silêncio desnecessária e indesejada em que nem uns nem outros abordavam o assunto. Quando se perguntou se os profissionais da reabilitação devem fazer perguntas a respeito da sexualidade, 73% dos pacientes e 59% dos parceiros respondeu afirmativamente e, quando se perguntou se a equipa de profissionais de reabilitação tentou abordar assuntos sobre a sexualidade, apenas 31% dos pacientes e 42% dos parceiros respondeu que sim. Estes dados confirmam a necessidade da formação dos profissionais de saúde na área da sexualidade do utente com LVM. Acresce a esta formação a necessidade de educar os profissionais para lidarem com diferentes orientações sexuais. Em contrapartida, apenas 12% dos profissionais especializados considerou-se com formação suficiente para tratar questões sexuais com os seus pacientes.

Esclarecer a pessoa que sofreu uma lesão é um marco importante nas etapas da reabilitação, pois esta muitas vezes não sabe o que a espera, o futuro torna-se incerto e a informação acerca do que lhe aconteceu é escassa, mas é necessária para poder ultrapassar todas as barreiras e obstáculos que possam surgir na sua sexualidade.

A escassa literatura nesta área mostra uma predominância elevada de variados problemas sexuais e de relacionamento nesta população de pacientes (GIANOTTEN et al., 2006), pois a incapacidade física pode limitar as oportunidades da pessoa para a interação sexual e alterar a sua capacidade para desempenhar e responder aos atos sexuais, no entanto, o indivíduo pode compensar essas alterações e atingir a saúde sexual (GRECO, 2000).

Os profissionais hesitam em abordar a sexualidade, e as barreiras relatadas na literatura incluem conhecimentos e habilidades limitados, elevado nível de desconforto por parte da equipa, falta de oportunidade na abordagem, percepções de que é outra área de especialização, falta de prontidão do utente e atitudes discriminatórias ou mal informadas. (POST et al., 2008; KENDALL et al., 2003). Haboubi e Lincoln (2003) referiram que as barreiras identificadas pelos profissionais foram a falta de formação (79%), falta de tempo (67%) e constrangimento (50%) e mostraram que o nível de formação destes profissionais era extremamente pobre, destacando a sua falta de oportunidade para a formação em questões de sexualidade. Neste estudo, os terapeutas eram os mais pobres nestes aspetos mencionados, quando comparados com os enfermeiros e médicos.

Os resultados obtidos por Haboubi e Lincolin (2003) numa pesquisa com 129 profissionais da reabilitação, mostraram que 79% concordou que o ajuste sexual foi importante para os utentes, mas apenas 9% destes profissionais se sentia à-vontade para discutir estas questões com os utentes. Entre os membros da equipa, 51% afirmou que discutiram a sexualidade somente quando o utente pediu e 41% sentia que a falta de formação e experiencia foram a causa do seu desconforto.

Mais do que em outras áreas médicas, a reabilitação é um trabalho em equipa, onde cada profissional tem habilidades específicas e competências essenciais para o processo de reabilitação global (POST et al., 2008). Muitas vezes, quando a equipa se depara com assuntos relacionados com a área da sexualidade no utente com LVM, esta é negligenciada visto tratar-se de uma área muito específica do conhecimento. Neste sentido, devem ser criados programas de formação particularizados separadamente para cada classe profissional de acordo com a sua área de intervenção, sendo que a competência na reabilitação da sexualidade é diferente. A intervenção de Post et al. (2008) na formação em sexologia para os profissionais da reabilitação, teve o intuito de melhorar os conhecimentos e atitudes dos profissionais para se sentirem à-vontade para abordar a sexualidade e aplicar as suas competências de acordo com a área de atuação de acordo com as preocupações dos pacientes. Esta formação permitiu diferenciar as necessidades e os resultados das várias áreas da reabilitação (medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia e serviço social). Conduzir essa formação no local de trabalho tem um número de benefícios adicionais quando comparada com a formação sobre sexualidade como parte do programa de um curso de graduação ou pós-graduação, pois, assim os funcionários têm a oportunidade de aplicação direta dos seus conhecimentos e competências no seu ambiente de trabalho e de integrar as matérias que aprenderam (SIMPSON et al., 2006).

Post et al. (2008), mostraram que uma breve formação interdisciplinar específica conduziu à auto-percepção de melhoria da competência na reabilitação da sexualidade por todos os profissionais, embora alguns lucrassem mais que outros, quando tinha por base explorar o que cada profissional podia oferecer na abordagem da sexualidade e problemas sexuais dos utentes e que não podia ser oferecida por outro profissional. O efeito da formação variou entre os profissionais, tendo os médicos e fisioterapeutas ocupacionais mostrado melhores melhorias e os fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais mostrado menos. Tratava-se de uma formação com especificidade para cada área, embora a formação em separado apresentasse mais vantagens, na medida em que o professor se concentra em capacitar e maximizar habilidades específicas relevantes para cada área. Antes dessa

formação, os psicólogos e assistentes sociais apresentavam um nível de competências em sexologia superiores em relação aos outros profissionais, enquanto que num período de *follow-up*, a maioria dos profissionais não apresentou alterações significativas e apenas os enfermeiros demonstraram um significativo aperfeiçoamento.

## Metodologia

**Amostra.** A amostra de conveniência de homens com LVM, foi recolhida num hospital em Portugal, entre os homens que estiveram internados no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro de Reabilitação e Ortopedia 1. As habilitações académicas destes homens variavam entre o 1º, 2º, 3º ciclo e secundário de forma equilibrada, tinham idades entre os 18 e 59 anos e o seu estado civil manteve-se inalterado após a lesão, exceto num utente (E2), que era casado antes da lesão e divorciou-se após, não pelo facto de ter sofrido uma lesão mas pelo tipo de relacionamento que tinha: “[...] muito instável, muito conflituoso sempre, era um relacionamento muito difícil. O acidente veio depois precipitar as coisas, mas se não fosse o acidente o casamento ia acabar na mesma.” (E2). Contudo, antes da lesão, verificou-se que metade da amostra (n=6) era casada, um utente vivia com a companheira (E9), dois utentes eram solteiros e não tinham nenhum relacionamento, três eram solteiros e namoravam (E1, E7, E11), o que se manteve após a lesão e, nestes, um utente referiu que: “[...] eu precisei muito dela para conseguir estimular o esperma e essas coisas todas, isso dito pelos médicos. Ela ajudou-me nessa parte. Por isso, damo-nos ainda melhor e quem sabe vamos casar brevemente [...] estamos com sete anos de namoro, sempre seguido, nunca paramos.” (E1). Por outro lado, um deles considerou que esse relacionamento “[...] é diferente, mas a minha namorada compreende e apoia-me.” (E7) e, ainda ressalta o facto de não perder o apoio que lhe é dado pela namorada: “[...] é sentir que tenho alguém que gosta de mim como eu sou e que não mudou nada desde que fiquei paraplégico.” (E7).

**Instrumento de recolha de dados.** A elaboração da entrevista realizada neste estudo foi morosa e com imensas alterações quer a nível estrutural quer a nível de conteúdo, assim como na reelaboração e redução do número de questões.

O primeiro protocolo da entrevista foi apreciado por vários profissionais ligados à educação, sexualidade e reabilitação que deram o seu parecer e sugeriram variadas alterações.

Na universidade, foi validado por uma especialista na educação em sexualidade e outra ligada à área da sexualidade e deficiência. No contexto dos serviços de saúde, também foi analisado por uma enfermeira especialista em reabilitação, uma fisioterapeuta e uma psicóloga de uma associação de deficientes.

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

Após todas as alterações e reformulações efectuadas surgiu a entrevista final que, depois de revista pelos especialistas supracitados, foi testada através da sua aplicação a um sujeito. Para esta entrevista preliminar, foi selecionado um utente com LVM com grau de incapacidade intermédio, ou seja, com uma lesão incompleta e nível lombar, para ter capacidade de responder a todas as questões da entrevista, e, assim, nos poderemos certificar acerca da clareza de linguagem e coerência das perguntas. A entrevista decorreu dentro da normalidade prevista, sem haver necessidade de fazer grandes alterações após a análise das respostas, originando-se, assim, a sua versão final.

O protocolo foi estruturado em três áreas de análise. Na primeira, “caracterização da amostra”, visou-se identificar as características demográficas dos utentes com lesão vertebro-medular e descrever a etiologia e o tipo de lesão vertebro-medular que possuíam. Na segunda área, “necessidades em reabilitação e educação em sexualidade dos utentes com lesão vertebro-medular” procurou-se descrever a relação amorosa dos utentes com LVM e caracterizar a sua sexualidade, autoestima e autoconceito. Para terminar a recolha de dados, procurou-se caracterizar as experiências dos utentes com LVM a nível da educação em sexualidade nos processos de reabilitação. Esta última área é o objeto de análise deste artigo que visa caracterizar a experiência clínica dos utentes com LVM relacionada com a sua reabilitação e a sua (re)educação em sexualidade.

### **Apresentação dos resultados**

A vivência da sexualidade pelo utente com LVM pode sofrer alterações na sua saúde sexual individual, correspondentes às alterações das respostas fisiológicas, psicossociais e comportamentais. (GRECO, 2000). Os utentes com LVM deste estudo prestaram o seu contributo ao descreverem as experiências clínicas relacionadas com a reabilitação e educação

em sexualidade pelas quais passaram em serviços de internamento de medicina física e reabilitação (MFR).

Os utentes descreveram os aspectos relacionados com os treinos na reabilitação e como foram realizados esses treinos (Tabela 1).

**Tabela 1: Aspectos do treino na reabilitação do utente com LVM (N=12)**

Aspectos do treino na reabilitação	Total
<i>Tipo de treino na reabilitação</i>	
Autocontrolo intestinal	11
Autocontrolo vesical	8
Cuidado com disreflexia autonómica	1
Prevenção de escaras	2
Prevenção de infeções urinárias	4
Reforço sobre ingestão hídrica	3
Tornar-se autónomo	8
Treinar as ajudas técnicas (utilização de dispositivos para ser independente)	4
<i>Como foi feito o treino</i>	
Acompanhado pelos enfermeiros	8
Treinado até executar sozinho	3
Rotina diária	2
Com esclarecimento de dúvidas	1
Progressivamente	1

Fonte: Elaboração própria.

Com esta Tabela, pretendeu-se dar a conhecer alguns aspetos decorrentes do treino em reabilitação que os utentes retiveram na memória e foram relatados nas entrevistas. Alguns aspetos do treino em reabilitação incluíram o autocontrolo intestinal (N=11) e autocontrolo vesical (N=8), essenciais e fundamentais para o funcionamento orgânico, quando o utente se encontra com uma bexiga e intestino neurogénicos resultantes das sequelas da LVM. Neste contexto, ensinar e treinar o utente para ser o mais independente e autónomo possível, foi focalizado por alguns utentes (E1, E5, E7, E9, E10 e E12) como um treino diário num serviço de reabilitação, pois depararam-se com uma situação que alterou completamente as suas vidas, e, por isso, foi preciso ultrapassar essa condição, como foi referido por E1:

Ter que estar numa cama de hospital ou ter que estar numa cadeira de rodas, com colete e com umas meias até cá cima, sentia calor e a tentar mexer as pernas e não conseguir, para além disso andar algaliado, era tudo uma confusão!

Os treinos para o autocontrolo intestinal foram realizados pelos utentes da amostra, com exceção de um utente (E11). No autocontrolo vesical, o treino realizado consistiu no ensino das auto-cateterizações vesicais intermitentes, ou seja, ensinar o utente a auto-algaliar-se para realizar o esvaziamento da bexiga, de quatro em quatro horas, para retirar a urina da bexiga com uma sonda vesical, permanecendo o resto do tempo sem nada. Estes factos foram bem explicados através das palavras de um utente:

Tive de fazer auto-algalições. A enfermeira levou-me para uma salinha, mostrou-me um filme, para mostrar como se fazia e como não se fazia. De seguida ela fez em mim, demonstrou-me. Depois começou a ver como eu fazia. Depois comecei a fazer sozinho e fiquei autónomo. O treino do intestino era antes da defecação. À noite, na véspera, tinha de tomar o pursenide, que era para ajudar a dar a volta. No dia seguinte de manhã metia o supositório e passada meia hora conseguia fazer a minha vida. De vez em quando tinha perdas, tanto de urina como de fezes, até estar habituado àquilo. (E1).

Outros treinos considerados pelos utentes com LVM, para se tornarem autónomos, foram consideradas as auto-mobilizações (E5), transferências (E5 e E9), virarem-no na cama (E6), vestir/despir (E7, E9 e E12), e a utilização de ajudas técnicas (E6, E10, E11 e E12) que são consideradas desde os dispositivos para comer, deambular e levantar/ deitar. Entre outros ensinamentos foi considerado por um utente o cuidado com as disreflexias autonómicas (E6), a prevenção de escaras (E4 e E6), a prevenção de infeções urinárias (E1, E4, E6 e E8) e a importância do ensino sobre o reforço da ingestão hídrica (E4, E6 e E9), com é salientado por um entrevistado ao referir-se como foram realizados esses treinos na reabilitação durante o internamento:

[...] progressivamente e sempre acompanhado pelos enfermeiros da reabilitação e de especialidades, a nível de cuidados o que aprendi de mais importante foi, talvez, o cuidado com a disreflexia autonómica, e também principalmente sobre prevenção de escaras e o ensino sobre o facto de me virar na cama e beber mais água para ter cuidado com as infeções urinárias. (E6).

Partindo da ideia anterior, para a maioria destes utentes (n=8) esses treinos foram sempre acompanhados pelos enfermeiros (E1, E2, E6, E8, E9, E10, E11 e E12), que os informaram, instruíram e treinaram, fazendo parte da rotina diária (E1 e E2), sendo treinados até os executarem sozinhos (E1, E2 e E11), havendo esclarecimento das dúvidas que iam surgindo (E2) e de forma progressiva (E6), como é reforçado por E2:

Esse treino foi feito no hospital com os diversos enfermeiros e enfermeiras, que cada dia iam dizendo uma coisa nova e ao fim de algum tempo isso ficou rotina e eu já conseguia sozinho, o treino intestinal e vesical. O treino vesical, os autocateterismos, aprendi no hospital com os enfermeiros até eu fazer sozinho, era um treino diário. O autocontrole intestinal também foi com eles, as coisas novas que iam acontecendo e as dúvidas ia esclarecendo, resolvendo. Era um treino diário, não era uma coisa programada, iam-se resolvendo as coisas na vida dos enfermeiros e foi bom. É o que eu faço hoje.

Para os utentes com LVM, a reabilitação é fulcral para a aquisição de novas competências e conhecimentos que contribuem para a sua independência na vida diária, evitar complicações, para a melhor satisfação sexual e qualidade de vida. Desta forma, foram revelados os treinos mais importantes que foram aprendidos durante a reabilitação (Tabela 2).

**Tabela 2: O que o utente com LVM aprendeu de mais importante no treino durante a reabilitação (N=12)**

O que aprendeu de mais importante	Total
Treino de auto-cateterizações vesicais	4
Treino autocontrole intestinal	2
A sentar na cama e a vestir	2
A ser mais humilde	1
Tudo importante para ajudar no dia-a-dia	5
A lidar com a sua situação	1

Fonte: Elaboração própria.

Os treinos dos auto-cateterismos vesicais foram os mais importantes para estes utentes (E1, E2, E7 e E10):

O que eu aprendi de mais importante e o que me assustava mais era o treino intestinal e vesical, fazia-me uma confusão! A pior coisa, mais desgraçada para mim, era estar algaliado e estar de fralda. Quando me conseguiram tirar as fraldas, já tinha o intestino mais ou menos regulado e não aconteciam grandes episódios de dejeções no intervalo dos treinos e comecei a conseguir fazer auto-cateterização. Foi uma alegria muito grande, era o que mais me irritava e o que eu gostei mais de aprender a fazer foi a controlar o intestino e a bexiga. (E2).

Seguido do treino intestinal (E1, E2), o sentar na cama e vestir (E7 e E9), o ser mais humilde, “que este mundo não é só meu, porque muitos sofrem mais que eu” (E3) e o conseguir lidar com a situação de incapacidade permanente (E4), também foram importantes. Além disso, para cinco dos utentes, tudo o que aprenderam foi importante para o dia-a-dia. (E5, E6, E9, E11 e E12).

Alguns dos treinos na reabilitação citados pelos utentes poderão ter aspetos que têm implicações numa vivência da sua sexualidade com maior satisfação e os utentes revelaram esses aspetos (Tabela 3).

**Tabela 3: Aspetos do treino na reabilitação do utente com LVM relacionados com a sua sexualidade (N=12)**

Aspetos do treino relacionados com a sua sexualidade	Total
Autocontrolo intestinal	2
Auto-cateterizações vesicais	3
Prevenção de infeções urinárias	1
Para no futuro não depender da companheira	1
Aprender a movimentar-se melhor	2
Sem interligação com a sua sexualidade	6

Fonte: Elaboração própria

O autocontrolo intestinal (E1 e E7) e vesical (E1, E2, E7) foram dois dos treinos mais específicos, relacionados mais diretamente com a sexualidade, apesar da maior parte dos utentes não ter estabelecido qualquer interligação entre os treinos e a sexualidade (E3, E4, E6, E8, E11 e E12), como é verbalizado por E4: “no hospital X não tive acompanhamento em relação à sexualidade. Eu tenho desenvolvido mais através de vídeos e da internet”. Esta interligação, no entanto, foi bem conseguida por alguns utentes, como se pode ver nas palavras de E2:

O que foi mais importante, foi ver-me livre da algália. Por acaso conheci um colega que anda sempre algaliado, tem algália introduzida na uretra e está sempre clampada com uma tampinha e tira a tampinha e de noite liga a algália a um saco. Ele é um paraplégico, então eu perguntei “e sexo?” Ele disse-me que usa um preservativo e dobra o tubinho, e faz sexo sempre de preservativo com algália dentro. Eu em relação a ele tenho vantagem, não tenho nada. Fazer chichi com a auto-cateterização é uma maravilha.

As infeções urinárias também foram focadas como algo que intervém na sexualidade, sendo a sua prevenção muito importante, assim como usar meios para prevenir o seu aumento. Um dos utentes revelou ter infeções de repetição devido ao esperma que vai para a bexiga, sendo também causadas pelas ejaculações retrógradas: “[...] porque quando não tenho infeção, a relação sexual até a ereção e ejaculação é mais ativa. Quando estou assim, até tenho certo medo e tenho que tomar precauções, o preservativo.” (E1).

Os treinos também tiveram relevância na aquisição de maior autonomia, que é relacionada, segundo um utente (E5), com o facto de no futuro quando tiver uma companheira

poder ter condições para não depender tanto dela. Para outros dois utentes (E9 e E10), terem aprendido a ter estratégias para se conseguirem movimentar mais, também influenciou a sua sexualidade, de acordo com o aprendido e treinado na reabilitação:

Eu quando estive internado aprendi muita coisa. Tudo foi importante. Por exemplo, fazer transferência para a cadeira, calçar, tentar tirar a roupa da parte de cima. [...] O pouco que tenho, quanto menos me mexia pior. (E9).

Contudo, um dos utentes (E4) referiu que “lá não me ensinaram nada a esse respeito”, mas quando questionado se aprendeu alguma coisa relacionada com a sua sexualidade, este verbalizou que pouca coisa, não especificando o quê diretamente, mas abordando temas como levantar-se da cama sozinho, vestir-se sozinho, exceto colocar a fralda, que na altura não conseguia, embora refira que atualmente não precisa.

Os utentes verbalizaram as razões porque receberam, ou não, apoio ou aconselhamento sexual durante os treinos na reabilitação relacionados com o comportamento afetivo-sexual (Tabela 4).

**Tabela 4: Aspetos do treino na reabilitação do utente com LVM relacionados com o comportamento afetivo-sexual (N=12)**

Aspectos do treino relacionados com o comportamento afetivo-sexual	Total
<i>Razões porque considera que recebeu apoio ou aconselhamento sexual</i>	
Ter falado com os profissionais de saúde	6
Os profissionais proporcionaram à-vontade	1
Ter resolução para os problemas sexuais	1
<i>Razões porque considera que não recebeu apoio</i>	
Procura de apoio através de vídeos e internet	2
Não ter demonstrado preocupações	2
Falta de diálogo com os profissionais	3
Timidez	4
Conceito errado sobre sexualidade e LVM	2
Nunca teve curiosidade	1
Profissionais pessimistas	1
Tabu	2
Pela idade do profissional	1
<i>Considerou pouco o apoio prestado</i>	4

Fonte: Elaboração própria.

Durante o internamento alguns utentes consideraram que receberam algum apoio e aconselhamento sexual (n=6), mas abaixo do desejado, e esperavam que fosse dada mais importância ao tema da sexualidade, não sabendo muito bem discernir se foi apenas uma

conversa comum ou um fornecimento de informação informal em educação para a saúde, até porque as respostas para o futuro foram inconclusivas:

Tive algum apoio, não foi total, ainda me recordo disso. [...] Ora bem, eu não tive acompanhamento como deveria. Tive alta sem saber o que uma pessoa realmente deveria saber. [...] Falaram muito pouco, até porque me disseram que uma pessoa que está nesta situação não quer dizer que fique dependente para o fazer no dia de amanhã. (E5).

As razões indicadas pelos utentes para terem algum apoio na área da sexualidade ao longo do internamento foi revelado pela interação que tiveram, por terem falado com os profissionais de saúde sobre este tema, quer sejam enfermeiros (E4, E6 e E9), médicos (E2 e E7) ou psicólogos (E3). Para um utente proporcionaram-lhe à-vontade:

Houve a enfermeira X que me falou [...]. Tínhamos poucas conversas sobre isso porque eu era muito fechado e não falava muito. Cheguei a perguntar ao enfermeiro X, já quando começava a ter mais à-vontade. (E4).

A resolução dos problemas no âmbito da saúde sexual foi considerada por um utente ao revelar que recebeu apoio ou aconselhamento sexual (E2):

Recebi no “hospital Y”, no “hospital X” nem muito, que tem lá o Dr. X. No hospital X não falaram muita coisa, aliás eu pus a questão algumas vezes às médicas que me tratavam e elas até foram bastante pessimistas, que nesse aspeto era aceitar que não havia nada a fazer, que eu tinha ficado impotente e que a sexualidade não era só ereção, isso eu já sabia. [...] Estou mais satisfeito com a atitude que tiveram no hospital Y, mas muito mais, desde logo o Dr. Y, eu disse “ó Dr. eu agora não ejaculo” e ele “isso é o que vamos ver anda cá”. Ele próprio, desde os problemas da ereção à ejaculação, tentou resolver e mostrar que havia solução. (E2).

Contudo, alguns revelaram que o apoio ou aconselhamento no âmbito da sexualidade foi pouco (E5, E6, E7 e E9), ou não foi praticado pelos profissionais por causa de vários aspetos: a existência de profissionais com atitudes pessimistas em relação à sexualidade após LVM (E2); a existência de tabu (E3 e E5): “É muito complicado. A nossa sociedade é muito fechada.”; a falta de confiança nas pessoas que os utentes não conhecem para abordar temas que consideram íntimos; a idade do profissional (E10); não terem curiosidade sobre a

sexualidade (E8); e, apresentarem um conceito errado acerca da sua sexualidade após a LVM (E8, E10), por partirem do pressuposto que por causa da lesão medular, a disfunção sexual comprometeu a sexualidade, que deixa de ter qualquer significado e interesse, como disse E8:

É uma coisa que sinceramente não me chama a atenção, uma coisa que para mim está enterrada, morreu, enterrou-se. Sinceramente para mim não me diz nada, uma coisa que ultrapassa isso. [...] No início, após a lesão, foi complicado, mas agora não. [...] Estava habituado, aquilo era dia sim dia sim, e de um momento para o outro fiquei incapacitado, foi um bocado complicado, a cabeça dá um nó. No momento que me disseram “você a partir de hoje do umbigo para baixo está completamente paralisado, relações sexuais nada”, eu meti isso na cabeça.

A timidez também foi impeditiva para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente na procura de apoio em sexualidade (E4, E5, E9 e E12). Como diz um utente, “[...] esse assunto até fui eu que cheguei a puxar, um bocado tímido na mesma.”, isto é, alguns utentes até acabaram por questionar alguma coisa mas não receberam o apoio desejado. A falta de diálogo do utente com os profissionais e vice-versa (E3, E8, E12) e a procura de apoio através de outros meios como vídeos com pessoas com incapacidade e utilizando a internet, não proporcionou e facilitou a interação na procura e fornecimento de apoio. Às vezes, como já referido, a não demonstração de preocupações com a sua sexualidade também impediu esta interação com o profissional de saúde: “[...] os médicos falaram nisso mas eu nunca demonstrei muita preocupação, portanto nunca tive nenhum ensino sobre isso [...]”(E1).

Por vezes, a forma descontraída como os enfermeiros abordaram os assuntos sobre sexualidade com os utentes, levou a que estes encarassem como brincadeira, não interagindo para colocar as suas dúvidas e problemas. Outras vezes, quando se criou condições para a abordagem do assunto, esta não foi percebida como tal, e não foi considerada uma razão para receber apoio ou aconselhamento: “Chegamos a falar, e falou-se lá. Mas em termos de alternativas, sugestões, opções que poderíamos tomar, isso não. Falou-se sobre o que vai acontecer, mas nada específico.” (E6); “[...] talvez na brincadeira, uma vez ou duas, os enfermeiros, sim.” (E12).

### **Discussão dos resultados e conclusões**

No nosso estudo, o que os utentes referiram acerca dos treinos, ao longo do internamento, demonstrou a existência de educação para a saúde na reabilitação das várias

áreas que foram afectadas pela LVM, desde aprenderem a ter um autocontrolo eficaz do intestino e bexiga, à aprendizagem e utilização de ajudas técnicas para se movimentarem melhor e para terem maior independência referente à mobilidade limitada. De todos os aspectos do treino em reabilitação que aprenderam, quase metade dos utentes referiu que foram todos importantes para o seu dia-a-dia. Tal como no nosso estudo, de acordo com Faro (2003) os utentes com LVM após terem passado pelo internamento em reabilitação, tiveram que cumprir algumas metas tendo em conta o desenvolvimento das capacidades restantes, frente aos limites impostos pela deficiência. Assim, para atingir o máximo de independência para o seu nível e grau de lesão, passaram por vários treinos na reabilitação, sendo eles treinos nas ADV's, para prevenção de complicações, como evitar retenção vesical e intestinal, prevenir deformidade músculo-esqueléticas e úlceras de pressão desde a fase aguda até à data da alta (ARES; CRISTANTE, 2007). Por isso, o planeamento de alta deve começar logo desde a entrada no hospital e fornecer como base educacional e de ajustamento, conforme as necessidades do utente, uma aprendizagem sobre os aspectos importantes que farão parte de um treino diário que irá manter quando for para casa, tendo em conta a sua independência.

No nosso estudo, os treinos de auto-cateterismos vesical, o treino intestinal, a prevenção de infeções e aprendizagem a movimentar-se mais foi considerado importante para a sexualidade. Estes treinos foram de encontro à aprendizagem de estratégias para tornar a atividade sexual satisfatória, evitando situações que interfiram na satisfação sexual. Estes resultados estão de acordo com a perspectiva de Greco (2000), segundo a qual a presença de odores desagradáveis e acidentes intestinais ou vesicais durante a atividade sexual pode inibir o prazer, assim a preparação para a atividade sexual inclui o esvaziamento intestinal e vesical prévio.

Para mais de metade dos inquiridos do nosso estudo, a sexualidade não estava relacionada com a importância dos treinos em reabilitação ao proporcionarem maior independência para a vivência dos aspectos sexuais. Contudo, salienta-se nas narrativas dos entrevistados, a importância do treino do autocontrolo intestinal e vesical com vantagens para a vivência da sexualidade sem interferências e na adopção de estratégias práticas no dia-a-dia:

Mas às vezes acontecer uma dejeção intestinal, ó pá, às vezes quero comer uma francesinha e o molho não é propriamente fresco, se calhar no dia seguinte vai acontecer um desastre, mas eu também já uso uma técnica que é: se eu quiser comer uma francesinha eu espero para o dia de treino. Se amanhã é dia de treino, eu já sei que vou comer uma francesinha logo à noite e normalmente as coisas correm bem. Aquelas coisas que eu acho que me podem desarranjar o intestino, e a francesinha é uma delas, porque tem muito queijo, se quero comer uma pizza que também sei que altera, então eu

tento comer a pizza na noite anterior ao dia de treino, porque eu sei que no dia seguinte de manhã vou fazer treino, entre fazer a digestão, pôr-me a pé às 7 horas eu sei que o intestino funciona lindamente e não acontece nada... Eu a X escolhemos o dia de treino intestinal para fazer sexo, o treino é de manhã e escolhemos esse dia. (E2).

Tal como referiu este utente no nosso estudo, Ducharme et al. (1998) referem que as auto-cateterizações intermitentes devem ser realizadas antes do ato sexual ou no caso dos utentes com sondas vesicais fixas, estes deverão fixá-las ao lado do pénis com uma fita e colocar um preservativo lubrificado, mas este aspecto não é muito bem visto pelos utentes, tornando-se mesmo impeditivo.

Neste estudo, os utentes referiram ter tido algum apoio ou aconselhamento sexual ao longo do internamento e o tema da sexualidade foi abordado no contexto hospitalar. No entanto, para alguns, o acompanhamento não foi como deveria e, para outros, o apoio prestado foi pouco, apesar de todos salientarem a sua importância, tal como aconteceu no estudo de Cardoso (2006), ao referir que o aconselhamento sexual, tendo em atenção a orientação sexual são muito importantes e necessários para a reabilitação.

No nosso estudo, também se verificaram diferentes opiniões em relação à existência ou não de uma abordagem da educação em sexualidade, embora a maior parte tivesse considerado que consistiu numa conversa com os profissionais que foi proporcionada pelo à-vontade com estes, não considerando que isso fosse receber algum apoio ou aconselhamento concreto. Por outro lado, no nosso estudo, a não procura de apoio deveu-se à falta de diálogo, à procura de apoio através de outros meios, à timidez, à atitude pessimista dos profissionais e à existência de tabus, como aconteceu no estudo de Gianotten et al. (2006). Os nossos entrevistados, referiram que a solução desejável seria a iniciativa para discutir assuntos relacionados com a sexualidade passar para o profissional de saúde. Quando essa discussão não acontece, o utente pode adotar, como no nosso estudo, por conceitos errados sobre a sexualidade e LVM (n=2), interiorizando atitudes baseadas em informações erradas sobre as implicações sexuais da incapacidade, que também são referidas por Greco (2000).

No nosso estudo, tal como no de Cardoso (2006) o tema da sexualidade é pouco explorado pelos profissionais de saúde, apesar dos utentes enfatizarem que as conversas existentes são positivas e contribuíram para a readaptação sexual após lesão. Destes resultados emerge a necessidade de investir na formação dos profissionais de saúde, assim como na concepção e implementação de programas de educação em sexualidade na reabilitação do utente com LVM.

**ABSTRACT:** *Education assumes a vital role in rehabilitation interventions. Because sexual rehabilitation in patients with spinal cord injury is a complex and a long-term process, nothing is more important than the patients' perspectives to better understand what their needs in health education in this area are. With this purpose in mind, a qualitative study, using a semi-structured interview to be applied in a convenience sample of men with traumatic spinal cord injury (N=12), who were hospitalized in a rehabilitation service was carried out. Data collected showed that all the men with spinal cord injuries interviewed, as a consequence of an accident, faced a new situation with serious physical, psychological and social limitations. These men demonstrated they had different sexual behaviours requiring different forms of aids in sexual education, but in their opinion, the approach to sexuality by health professionals showed gaps in knowledge and experience with patients with alterations in sexuality, informing them little about the many difficulties they would experience in having to adapt to a new physical condition, body image and self-esteem. From these results, emerges the need to invest in the training of health professionals, as well as the design and implementation of sexual education programs in the rehabilitation of patients with spinal cord injuries.*

**KEYWORDS:** *Sexuality education. Vertebro-spinal cord injury. Sexual rehabilitation.*

## REFERÊNCIAS

ARES, M. J. J.; CRISTANTE, A. R. L. Lesão medular. In: FERNANDES, A. C. et al. (Ed.). **AACD: medicina e reabilitação**. São Paulo: ARTMED, 2007. p.189-205.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Ed., 1994.

BORRELLI JÚNIOR, M. Disfunção sexual. In: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; HEBERT, M. E. (Ed.). **AACD: medicina e reabilitação**. São Paulo: ARTMED, 2007. p.495-507.

BOYER, F. et al. Ethical considerations when providing information on genital and sexual consequences of spinal cord injury. **Sexuality and Disability**, [S.l.], v.23, n.4, p.209–212, 2005.

CARDOSO, J. **Sexualidade e deficiência: adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular**. Coimbra: Ed. Quarteto, 2006.

DUCHARME, S. et al. Função sexual: aspectos clínicos e psicológicos. In: CURRIER, D. et al. (Ed.). **Medicina física e reabilitação: princípios e práticas**. São Paulo: Ed. Manole, 1998. p.735-759.

FARO, A. C. M. La rehabilitación de la persona con lesión de la médula espinal: Tendencias de la investigación en Brasil. **Enfermería Global**, v.2, n.2, 2003. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/609>>. Acesso em: 23 maio 2010.

GIANOTTEN, W. L. et al. Training in sexology for medical and paramedical professionals: a model for the rehabilitation setting. **Sexual and Relationship Therapy**, England and Wales, v.21, n.3, p.303-317, 2006.

GRECO, S. Educação e aconselhamento sexual. In: HOEMAN, S. P. (Ed.). **Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação**. Loures: Ed. Lusociencia, 2000. p.647-679.

HABOUBI, N. H. J.; LINCOLN, N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. **Disability and Rehabilitation**, London, v.25, n.6, p.291-296, 2003.

HESS, M. J.; HOUGH, S.; TAMMARO, E. The experience of four individuals with paraplegia enrolled in an outpatient interdisciplinary sexuality program. **Sexuality and Disability**, Berlin, v.25, p.189-195, 2007.

KENDALL, M. et al. The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. **Sexuality and Disability**, Berlin, v.21, n.1, p.49-64, 2003.

PAISANA, A.; ALMEIDA, S. M. **Salvador: ser feliz assim**. Lisboa: Livros do Brasil, 2007.

POST, M. W. M. et al. Sexological competence of different rehabilitation disciplines and effects of a discipline-specific sexological training. **Sexuality and Disability**, Berlin, v.26, p.3-14, 2008.

SIMPSON, G. et al. Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand. **Clinical Rehabilitation**, London, v.20, p.847-859, 2006.