

## IMPACTO DA LESÃO MEDULAR SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA: UM ESTUDO QUALITATIVO

Danielle Carvalho Ferreira<sup>1</sup> , Alberto Pereira Madeiro<sup>2</sup> , Andréa Cronemberger Rufino<sup>2</sup> 

IMPACT OF SPINAL CORD INJURY ON WOMEN'S SEXUALITY: A QUALITATIVE STUDY

IMPACTO DE LA LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL EN LA SEXUALIDAD FEMENINA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres. Estudo qualitativo com 15 mulheres com lesão medular e com, no mínimo, 6 meses de evolução, residentes no Nordeste do Brasil. A análise de conteúdo foi empregada para exploração dos dados. Houve mudanças biopsicossociais significativas após a lesão medular. As transformações corporais mobilizaram sentimentos e atitudes de superação, indiferença ou insatisfação com a autoimagem. Após a lesão medular, o autoerotismo por meio da masturbação permaneceu infrequente. A prática sexual foi descrita como qualitativamente pior, com menos desejo sexual, com lubrificação prejudicada e com frequente anorgasmia. A qualidade da vida sexual das mulheres entrevistadas piorou pela ausência ou dificuldade de sentir prazer no toque do corpo. Embora com menor frequência e menos prazerosa, houve possibilidade de resignificação da sexualidade após a lesão medular por descoberta de outros aspectos, como o toque e o cheiro. Os dados evidenciam a necessidade de estratégias da equipe multiprofissional de reabilitação para ofertar orientações sobre sexualidade para mulheres com lesão medular.

**Palavras-chave:** Sexualidade; Mulheres; Lesão medular; Saúde sexual.

**Abstract:** This study aimed to assess the impact of spinal cord injury on women's sexuality. This is a qualitative study with 15 women with spinal cord injury and with at least six months of evolution, residing in the Northeast of Brazil. Content analysis was used for data exploration. There were significant biopsychosocial changes after the spinal cord injury. Body transformations have mobilized feelings and attitudes of resilience, indifference or dissatisfaction with self-image. After the event of spinal cord injury, autoeroticism through masturbation remained infrequent. Sexual practice was described as qualitatively worse, with less sexual desire, impaired lubrication and frequent anorgasmia. The quality of sexual life of the women interviewed has worsened due to the absence or difficulty of feeling pleasure in the touch of the body. Although less frequent and less pleasurable, there was a possibility of reframing sexuality after spinal cord injury by discovering other aspects, such as touch and scent. The data shows the need for strategies implemented by the multi-professional rehabilitation team to offer guidance on sexuality for women with spinal cord injuries.

**Keywords:** Sexuality; Women; Spinal cord injury; Sexual health.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la lesión de la médula espinal en la sexualidad de las mujeres. Se trata de un estudio cualitativo realizado con 15 mujeres con lesión de la médula espinal y con al menos 6 meses de evolución, residentes en el Nordeste de Brasil. Se utilizó el análisis de contenido para explorar los datos. Hubo cambios biopsicosociales significativos después de una lesión de la médula espinal. Las transformaciones corporales movilizaron sentimientos y actitudes de superación, indiferencia o insatisfacción con la propia imagen. Después de una lesión de la médula espinal, el autoerotismo mediante la masturbación siguió siendo poco frecuente. La práctica sexual fue descrita



<sup>1</sup> Mestre. Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Teresina, Piauí, Brasil. [daniellecferreira@hotmail.com](mailto:daniellecferreira@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutor(a). Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Teresina, Piauí, Brasil. Universidade Estadual do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Teresina, Piauí, Brasil. Professor(a) Associado(a). [madeiro@uol.com.br](mailto:madeiro@uol.com.br); [andreacrufino@gmail.com](mailto:andreacrufino@gmail.com)

como qualitativamente pior, com menos desejo sexual, com lubrificação alterada e anorgasmia frequente. A qualidade da vida sexual de las mujeres entrevistadas empeoró debido a la ausencia o dificultad de sentir placer al tocar su cuerpo. Aunque menos frecuentes y menos placenteros, existía la posibilidad de darle un nuevo significado a la sexualidad después de una lesión de medula espinal gracias al descubrimiento de otros aspectos, como el tacto y el olfato. Los datos resaltan la necesidad de estrategias del equipo multidisciplinario de rehabilitación para ofrecer orientación sobre sexualidad a las mujeres con lesiones de médula espinal.

**Palabras clave:** Sexualidad; Mujeres; Lesión de la médula espinal; Salud sexual.

## Introdução

A lesão medular (LM) é um dos mais severos danos em saúde e ocasiona graves prejuízos fisiológicos e psicossociais. Decorrente de acidentes automotivos, de quedas, de eventos violentos e de lesões durante a prática esportiva, é mais comum entre adultos jovens, sendo os homens 2 a 5 vezes mais acometidos do que as mulheres (Kriz *et al.*, 2017). A gravidade e o nível da LM têm impacto direto no espectro da deficiência, surgindo, principalmente, como paralisia ou paresia dos membros, mudança no tônus muscular, modificações nos reflexos superficiais e profundos, dificuldade para controlar os esfíncteres, modificações autonômicas e disfunções sexuais (Sramkova *et al.*, 2017; Quadri *et al.*, 2020).

A LM pode afetar todas as fases do ciclo de resposta sexual das mulheres. Sendo o desejo sexual o resultado de um conjunto de fatores orgânicos (neurotransmissores), psicogênicos (intimidade, recompensa não sexual) e socioculturais (Basson, 2001), o trauma emocional associado à LM pode diminuir o desejo sexual, além do uso de medicamentos e da depressão, consequentes ao acometimento medular (Krassioukov; Elliott, 2017). As intercorrências físicas, como incontinência urinária e/ou intestinal, disreflexia autonômica, espasticidade, ausência ou diminuição significativa de lubrificação e dificuldade de posicionamento durante o coito podem interferir negativamente no desejo sexual (Thrussel *et al.*, 2018).

Dados sobre a vida sexual de mulheres pós-lesão medular evidenciam que há comprometimento nos domínios do desejo sexual, da excitação genital, do orgasmo e da satisfação sexual, em comparação com o período anterior à LM (Kreuter *et al.*, 2011; Otero-Villaverde *et al.*, 2015). A maioria delas informou relações sexuais menos frequentes e menor desejo após a LM (Merghati-Khoei *et al.*, 2017). Além disso, ocorreu necessidade de estimulação sexual mais longa e intensa para sentir prazer, sendo as fantasias sexuais, o estímulo auditivo e carícias e beijos em zonas erógenas não genitais importantes para despertar a excitação (Kreuter *et al.*, 2011). Apesar de várias mulheres não experimentarem orgasmo, muitas delas estavam satisfeitas com a vida sexual após a LM (Anderson *et al.*, 2007; Merghati-Khoei *et al.*, 2017).

Seja pela maior frequência de homens com LM ou pela centralidade da disfunção erétil para a sexualidade masculina, o fato é que a maioria dos estudos sobre sexualidade e LM incluem o homem como público-alvo (Stoffel *et al.*, 2018). Existem ainda vários mitos sobre sexualidade e deficiência que prejudicam a saúde sexual de mulheres com deficiência, como as crenças de que são celibatárias ou não podem ser mães (Basson, 1998). Ainda são escassas as pesquisas sobre a sexualidade de mulheres acometidas por LM, porém, em decorrência do impacto da LM na vida das mulheres, o conhecimento sobre aspectos específicos da sexualidade feminina após a lesão poderá contribuir para intervenções que visem à melhoria do bem-estar biopsicossocial deste grupo. Tendo em vista que existem poucos dados no Brasil (Sodré; Faro, 2008; Ferreira; Matão, 2017), este estudo tem por objetivo avaliar o impacto da lesão medular na sexualidade de mulheres.

## Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada entre agosto de 2019 e janeiro de 2020, em um centro de reabilitação de Teresina, Piauí, Brasil, referência para casos de *média e alta complexidade* de deficiência físico-motora, intelectual e auditiva.

A amostra foi composta por mulheres acometidas por LM. Foram entrevistadas 15 mulheres acometidas por lesão medular, até que as respostas às perguntas norteadoras se mostraram repetitivas, configurando a saturação dos dados. Os critérios de inclusão foram mulheres com diagnóstico de lesão medular de qualquer

natureza, com no mínimo seis meses de acometimento e idade a partir de 18 anos. Utilizou-se como critério de exclusão a presença de alterações cognitivas e/ou neurológicas, dificultando a comunicação e a entrevista.

Foi empregado roteiro de entrevista com perguntas abertas, constituídas por três blocos. No primeiro tópico havia perguntas sobre dados sociodemográficos. O segundo tópico abordou perguntas sobre a lesão medular (quando e como ocorreu) e o impacto na vida pessoal. Por sua vez, o terceiro bloco incluiu questionamento sobre a vivência da sexualidade antes e após a lesão medular. Um estudo piloto foi desenvolvido para testar e aprimorar o instrumento de pesquisa. Após a realização dos ajustes necessários, as respostas do pré-teste foram excluídas da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em sala privativa para que fossem garantidos o sigilo e a privacidade. No momento da entrevista, cada participante ficou sozinha com a pesquisadora, para que não houvesse interferências e o diálogo tivesse melhor qualidade. Todas as entrevistas foram gravadas com o intuito de garantir a fidedignidade das falas e evitar a perda de informações. Em seguida, as falas foram transcritas na íntegra, sem devolução às mulheres para acréscimo de comentários ou correção. Notas de campo foram registradas após as entrevistas e, após as transcrições, os áudios foram destruídos.

Os dados foram explorados pela técnica de análise de conteúdo, com extração de códigos semelhantes e identificação de questões e diferenças recorrentes nas narrativas, em temas previamente estabelecidos no roteiro estruturado de entrevista. A pesquisadora que entrevistou as mulheres realizou a codificação, sendo as transcrições compartilhadas com os outros membros da equipe para reconhecimento de temas. Neste artigo, citações representativas das falas das mulheres foram feitas para ilustrar os principais aspectos de cada tema.

Todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, cujo protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE 16338019.1.0000.5214).

## Resultados

A maior parte das mulheres tinha faixa etária entre 30 e 50 anos (n=9), cor de pele parda/preta (n=13), com ensino fundamental (n=9), renda familiar até 1 salário-mínimo (n=9) e com parceria (n=12). A lesão medular foi predominantemente traumática (n=11) e causada por acidente automobilístico (n=8) entre 5 e 8 anos atrás (n=7) (Tabela 1). Emergiram das entrevistas dois temas: impactos funcionais e emocionais da lesão medular sobre a sexualidade e aspectos socioculturais com repercussão na expressão da sexualidade (Tabela 2).

**Tabela 1** - Características das mulheres

P*	Idade	Raça/cor da pele	Escolaridade	Renda familiar (salários-mínimos)	Tempo de LM† (em anos)	Parceria conjugal atual	Tipo de LM†
P1	50	Preta	Ensino fundamental	Até 1	3	Casada	Não traumático (tumor medular)
P2	27	Parda	Ensino superior	1-2	4	Separada (sem parceria)	Traumático (acidente automobilístico)
P3	46	Parda	Ensino fundamental	2	8	Casada	Não traumático (acidente anestésico)
P4	23	Amarela	Ensino médio	Até 1	6	Solteira (sem parceria)	Não traumático (mielite transversa)
P5	22	Parda	Ensino fundamental	Até 1	4	Casada	Traumático (arma de fogo)
P6	30	Parda	Ensino fundamental	Até 1	5	Casada	Traumático (acidente automobilístico)

P7	51	Parda	Ensino médio	2	8	Separada (sem parceria)	Traumático (acidente automobilístico)
P8	35	Parda	Ensino superior	3	8	Solteira (com parceria)	Traumático (acidente automobilístico)
P9	36	Branca	Ensino superior	1	19	Solteira (com parceria)	Traumático (acidente automobilístico)
P10	32	Parda	Ensino fundamental	Até 1	3	Casada	Traumático (acidente automobilístico)
P11	42	Preta	Ensino fundamental	Até 1	9	Casada	Traumático (acidente automobilístico)
P12	37	Parda	Ensino fundamental	1	15	Casada	Traumático (acidente automobilístico)
P13	33	Parda	Ensino superior	2	8	Separada (com parceria)	Traumático (acidente automobilístico)
P14	52	Preta	Ensino fundamental	3	8	Casada	Não traumático (tumor medular)
P15	54	Parda	Ensino fundamental	Até 1	2	Casada	Traumático (queda)

\* P: Participante

† LM: lesão medular

### Impactos funcionais e emocionais da lesão medular sobre a sexualidade

O relato de sentir orgasmo após a LM está presente na fala das mulheres. No entanto, há descrições de mudanças dessa percepção: “*ele chega, mas é diferente*” (P15, 54 anos). A masturbação foi um relato infrequente no dia a dia da maioria delas: “*eu deixo pro meu parceiro, que é pra ele descobrir cada pedacinho*” (P12, 37 anos). Entretanto, também houve detalhamento de tentativas frustradas de masturbação: “*(...) antes do meu acidente, eu me tocava, sentia... agora não, eu me toco, não sinto*”, descreveu P11 (42 anos). As narrativas também evidenciaram dificuldade de perceber a masturbação como forma possível de prazer, colocando a relação a dois como única possibilidade: “*ah, hoje já é fazendo mesmo com o marido [risos]. Não tem negócio de ficar se tocando, não*” (P8, 35 anos).

A diminuição ou incapacidade de sentir prazer foi recorrente, como descreveu P10 (32 anos): “*a gente tem relação, mas eu não tenho mais o prazer, porque a parte aqui de baixo está toda paralisada*”. A diminuição de sensibilidade na genitália externa foi mencionada como fator causal de incômodo e dificuldade no prazer: “*não sei se é isso aqui que me incomoda, de ficar toda dormente, que minha vagina também é dormente...*” (P14, 52 anos). Para algumas mulheres, no entanto, os estímulos táteis parecem ser mais efetivos, como relatou P11 (42 anos): “*eu sinto sensação, tudo, quando ele me toca. Agora com ele só conversando, eu não sinto... agora quando ele passa pra me tocar, eu sinto*”. Não ter sensibilidade para o prazer e ter sensibilidade para dores causaram estranheza em uma das entrevistadas: “*sinto o corpo dormente no sexo, mas acho esquisito porque sinto cólica e dor de urina*”, narrou P7 (51 anos).

Algumas mulheres mencionaram que continuam tendo lubrificação normalmente: “*ele fica perto de mim, me acariciando, me dando aquele carinho, aí eu começo a sentir aquele suorzinho e o liquidozinho saindo*”, disse P11 (42 anos). Já outras entrevistadas referiram ter lubrificação, porém, houve diminuição em comparação ao período pré-lesão, como explicou P15 (54 anos): “*eu sinto desejo, fico lubrificada, mas é tudo diferente. Fica tudo menos. É um pouco diferente de você estar normalzinha, né?*”. Um terceiro grupo de mulheres descreveu ter incapacidade para lubrificação, a exemplo de P13 (33 anos): “*é bem difícil pra mim, porque geralmente quem tem lesão... Eu não, eu não tenho [lubrificação] depois da lesão*”.

As participantes também apontaram que as sequelas físicas decorrentes da lesão medular causavam consequências negativas para a sexualidade, principalmente a dor e a espasticidade. O desconforto ocasionado pela dor tirava o foco da esfera sexual e suscitava diminuição da libido, como referiu P3 (46 anos): *“atualmente eu estou me achando fria, eu não vou mentir. Acho que é porque aumentaram mais as dores... aí ajuda muito, porque eu sinto muita dor na relação”*. Quando se referiu à espasticidade, P6 (30 anos) relatou mudança na prática sexual e estratégias para relaxamento antes do ato sexual: *“mas, aí, hoje, tem que ter a forma diferente, como eu tenho espasticidade... aí tem que ter aquela paciência, né? Relaxar direitinho, pra poder não machucar, né?”* Para continuarem sendo sexualmente ativas, algumas mulheres referem outras adaptações, como, por exemplo, a mudança nas posições sexuais: *“(...) as posições sexuais são diferentes hoje em dia... a gente tenta outras, diferente de antes”*, descreveu P12 (37 anos).

A discrepância entre expectativa e realidade em relação ao prazer sexual foi descrita por P2 (27 anos), como não sendo *“(...) das melhores, não foi como eu imaginei que pudesse ser, mas eu consegui sentir alguma coisa boa, acho mais que pelo meu psicológico, não pelo físico”*. Mesmo sem a sensibilidade física, o prazer sexual pode ocorrer como descrito por P6 (30 anos): *“eu sinto, assim, na minha mente, me sinto leve, entendeu? E me dá, assim, uma alegria, porque, apesar que eu não sinto no corpo, mas me dá, assim, uma alegria e um alívio tão grandes. Eu me sinto bem relaxada”*.

A afetividade foi descrita como um aspecto positivo na perspectiva psicológica e emocional da sexualidade: *“quando a pessoa tem amor e carinho, não muda muita coisa não, porque além da penetração, tem o cheiro, tem o toque. Eu tenho vontade de fazer amor, a gente tem aquele desejo, eu sinto aquele desejo”* (P12, 37 anos). Uma das entrevistadas expôs que, apesar de sentir desejo pelo parceiro, ainda não teve relações com ele: *“agora, de um certo tempo pra cá, eu estava sentindo desejo de ter relação com ele. Mas não tive ainda, não”* (P1, 50 anos). P4 (23 anos) afirmou que sente o desejo e a vontade apenas na mente: *“eu não sinto essas coisas no corpo como antes... Se for, agora é só na minha cabeça”*.

O relato de medo da prática sexual foi frequente no discurso das mulheres, na perspectiva de temer se machucar fisicamente ou emocionalmente. Em relação ao medo de se machucar fisicamente, P1 (50 anos) expôs: que *“é porque, daqui pra cima é dormente, e eu ficava, assim, com medo de ferir alguma coisa, assim, por dentro. Meu medo é esse, porque eu já passei por tanta coisa”*. P2 (27 anos) descreveu medo de envolvimento, em uma perspectiva emocional: *“eu não me dou a oportunidade de estar tendo experiência, eu tenho medo”*. Por outro lado, houve recorrência nos relatos de que a sexualidade foi impactada positivamente pela importância que as mulheres dão para a satisfação do parceiro, como expôs P6 (30 anos): *“E ele fica assim, muda o jeito de me tratar, né? Fica carinhoso e o rosto dele muda o semblante, fica mais alegre”*.

### **Aspectos socioculturais com repercussão na expressão da sexualidade**

De acordo com o discurso das mulheres, alguns aspectos socioculturais interferiram de forma expressiva na sua sexualidade. Uma das entrevistadas mencionou que iniciou a prática sexual apenas após o casamento, que ocorreu após a lesão medular, em decorrência da educação recebida dos pais: *“(...) porque a minha criação foi muito rígida, devido à criação dos meus pais, de antigamente, se você fizer relação, só depois que casar”* (P9, 36 anos). Outro aspecto relatado por algumas entrevistadas foi o constrangimento por não conseguir ter o mesmo desempenho sexual anterior à LM, a exemplo de P2 (27 anos): *“foi constrangedor pra mim, estar naquela situação, que antes eu era uma pessoa totalmente ativa, pra hoje eu ter que esperar o outro fazer tudo comigo... é bem frustrante isso”*.

A autoestima variou entre as mulheres, com algumas descrevendo positivamente suas emoções após a lesão medular: *“Me sinto uma mulher inteira, não me sinto um pedacinho, mas uma mulher como qualquer outra”* (P7, 51 anos). Outra disse que *“depois que fiquei assim, fiquei surpresa comigo mesma. Comecei a ficar ainda mais vaidosa, mas não sei explicar o porquê”* (P2, 27 anos). Para a maioria delas, porém, houve diminuição significativa da autoestima e sentimentos negativos após a LM: *“Ainda não me sinto preparada, é uma questão de me sentir bonita, empoderada... Ainda sinto vergonha da minha imagem, eu não tive aceitação total da situação em que me encontro hoje. Têm dias que você acorda assim e parece que nem um pouquinho de batom resolve, sabe? Mas têm dias que me sinto bonita, por incrível que pareça”* (P4, 23 anos).

Há relatos de discriminação por parte dos companheiros, como descreveu P3 (46 anos): *“ele veio dizer pra mim que tinha vergonha de andar comigo depois que eu adoeci. E aquilo me magoou muito”*. Outra acredita

que alguns parceiros se afastaram devido à LM, “provavelmente por não conhecer bem a situação” (P2, 27 anos). Circunstâncias ocorridas na dinâmica familiar também foram referidas como interferência na vivência da sexualidade, como expôs P3 (46 anos): “agora, eu estou me achando muito pra baixo. É porque o meu irmão faleceu. E também meu marido estava com outra mulher. Eu também tive uns problemas com minha menina, ela teve depressão, aí, tudo isso junta. Isso mexe muito com o relacionamento da pessoa”.

As crenças sociais são evidentes no discurso das mulheres e interferem diretamente na sexualidade. P4 (23 anos) acredita que relacionamentos podem trazer desordens para sua vida, porque “pra pensar em sexualidade, tem que pensar em dor de cabeça, são duas cabeças diferentes, são opiniões diferentes, e meu corpo, eu estou querendo cuidar dele, sabe?” Outra crença encontrada foi o receio da separação conjugal devido à LM, em decorrência da mudança na perspectiva sexual: “(...) eu fiquei pensando que já posso me considerar solteira, porque meu marido vai me largar, né? Porque o sexo não vai ser igual era antes, mas só que, aí, eu me enganei, né?”, descreveu P6 (30 anos). Uma das entrevistadas expôs mudança de paradigma ao se relacionar com um parceiro com lesão medular: “eu tinha, na minha concepção, que eu nunca iria namorar com um cadeirante, principalmente com a minha mesma lesão, porque não daria certo. Mas deu” (P13, 33 anos).

**Tabela 2** - Temas, subtemas e exemplos sobre mudanças na vida e aspectos da sexualidade após lesão medular em mulheres

Tema	Subtema	Exemplos
Aspectos biológicos e funcionais da sexualidade	Desejo sexual diminuído	“Agora, de um certo tempo pra cá, eu estava sentindo desejo de ter relação com ele. Mas não tive ainda não. Tem muita coisa que atrapalha, muita preocupação.” “Eu não sinto essas coisas, não... Se for, é só na cabeça, mas mesmo assim, não sinto...” “Eu tenho vontade de fazer amor igual antes... a gente tem aquele desejo, eu sinto aquele desejo”
	Frequência da prática sexual	“Hoje tem bem menos, mas quando a pessoa tem amor e carinho, não muda muita coisa, não, porque além da penetração, tem o cheiro e o toque” “(…) é mais difícil ter... Então, você tem que ter também muita afetividade pelo parceiro, pra que isso aconteça”
	Padrão de orgasmo diferente	“Eu me deito e ele começa a me cariciar, aí, sim, eu sinto normalmente”. “Ah, sobre esse caso aí, eu tenho muito orgasmo. Tem várias coisas que o cadeirante pode fazer e pode ter orgasmo”. “Ele [o orgasmo] chega, mas é diferente” “Não foi das melhores, não foi como eu imaginei que pudesse ser, mas eu consegui sentir alguma coisa boa, acho que pelo meu psicológico, não pelo físico” “Eu sinto, assim, na minha mente, me sinto leve, entendeu? E me dá, assim, uma alegria e um alívio tão grande”
	Masturbação infrequente	“Ah, hoje já é fazendo mesmo com o marido. Não tem negócio de ficar se tocando, não”. “Antes do meu acidente, eu me tocava, sentia, agora, não, eu me toco, não sinto”. “Eu deixo pro meu parceiro, que é pra ele descobrir cada pedacinho”.
	Sensibilidade modificada	“Eu sinto sensação, tudo, quando ele me toca. Agora ... quando ele só conversa, eu não sinto ... agora quando ele passa para me tocar, eu sinto”. “Não sei se é isso aqui que me incomoda, eu ficar toda dormente, que minha vagina também é dormente, eu faço exame de prevenção e não sinto nada”.
	Lubrificação variável	“Ele fica perto de mim, me acariciando, me dando aquele carinho, aí, eu começo a sentir aquele suorzinho e o liquidozinho saindo, lubrifica sim...”. “É bem difícil, porque geralmente quem tem lesão... Eu não, eu não tenho [lubrificação] depois da lesão”. “Sinto desejo, acho que fico lubrificada, mas é tudo diferente. Fica tudo menos. É pouco diferente de você estar normalzinha, né?”
	Medo e dor à penetração	“É porque daqui para baixo é dormente, e eu ficava assim com medo de ferir alguma coisa, assim, por dentro, meu medo é esse, porque eu já passei por tanta coisa. Fico com a sensação que dói”.

Tema	Subtema	Exemplos
		<p>“Eu não me dou a oportunidade de estar tendo experiência, eu tenho medo de machucar”.</p> <p>“E, aí, a gente fica com aquele trauma, não muito, de machucar. Igual fazia antes não dá mais, daí tem que ter uma moderada”.</p>
Aspectos socioculturais com repercussão na expressão da sexualidade	Normas culturais	<p>“Porque a minha criação foi muito rígida, devido à criação dos meus pais de antigamente: se você fizer relação, só depois que casar. Fiquei com isso na cabeça e acho que me atrapalha”.</p>
	Autoestima diminuída	<p>“eu ainda não me sinto preparada, questão de me sentir linda, empoderada... eu me sinto ainda retraída quanto à minha imagem, não tive total aceitação da situação que eu me encontro hoje. Tem dia que você acorda assim e parece que nem um batonzinho dá um jeito, sabe? Mas tem dia que eu até me acho bonitinha, por incrível que pareça”.</p>
	Crenças limitantes	<p>“E, pra pensar em sexualidade, tem que pensar em dor de cabeça, são duas cabeças diferentes, são opiniões diferentes, e meu corpo, eu tou querendo cuidar dele, sabe?”</p> <p>“Eu fiquei pensando sozinha, eu já posso me considerar solteira, porque meu marido vai me largar, né? Porque o sexo não vai ser igual era antes, mas só que, aí, eu me enganei, né?”</p> <p>“Eu tinha na minha concepção que eu nunca iria namorar com um cadeirante, principalmente com a minha mesma lesão, porque não daria certo”.</p>
	Discriminação pela parceria	<p>“Uns namorados se afastaram, acho que por não conhecer a situação, por achar que eu não era mais normal”.</p> <p>“Ele veio dizer pra mim que tinha vergonha de andar comigo depois que eu adoeci. E aquilo me magoou muito”.</p>
	Dinâmica familiar	<p>“Agora eu estou me achando muito pra baixo. É porque o meu irmão faleceu. E também meu marido estava com uma mulher”.</p> <p>“Eu também tenho uns problemas com minha menina, porque ela teve depressão, aí tudo isso junta. Isso mexe muito com o relacionamento da pessoa e fica difícil pensar em outra coisa”</p>

## Discussão

Os dados evidenciaram impacto significativo da LM nos aspectos biopsicossociais das mulheres, incluindo sua sexualidade. Todas as participantes apontaram repercussão negativa no seu cotidiano, pela incapacidade de realização de várias atividades domésticas e pela dependência de outras pessoas. Além disso, as transformações corporais mobilizaram sentimentos e atitudes de superação, indiferença ou insatisfação com a autoimagem, explicitando que as mudanças corporais pós-lesão medular potencializam o rebaixamento da autoestima (Kreuter et al., 2011; Fritz; Dillaway; Lysack, 2015).

Em um contexto no qual a maioria das mulheres tinha mais de 5 anos da ocorrência da lesão, a prática sexual foi um relato frequente. Outros estudos, porém, evidenciaram ausência ou redução da frequência de relações sexuais, geralmente determinada pela falta de sensibilidade na genitália (Celik et al., 2014; Otero-Villaverde et al., 2015). Apesar de a frequência do ato sexual diminuir, muitas vezes a expressão sexual se modifica, com maior propensão a se envolver em fantasias sexuais, por exemplo (Courtois; Alexander; McLain, 2017; Sharma, 2021). Assim como destacado por algumas participantes deste estudo, outras pesquisas também mostraram que as razões para manutenção da atividade sexual podem ser variadas, mas, frequentemente, incluindo a necessidade de intimidade sexual, de melhorar a autoestima e a preocupação em satisfazer a parceria (Hesse; Hough, 2012; Thrussel et al., 2018; Sharma, 2021).

O orgasmo foi relatado pelas mulheres entrevistadas como pouco frequente, semelhante ao já observado em outros estudos (Otero-Villaverde et al., 2015; Thrussel et al., 2018). Em pesquisa com 30 mulheres com LM na República Tcheca em 2015, a resposta sexual feminina se mostrou negativamente impactada pela lesão medular. A anorgasmia ocorreu na maioria delas, aliada à diminuição de sensibilidade, aos espasmos e à dor (Sramkova et al., 2017). Cerca da metade das mulheres com LM informaram

experimentar orgasmos, geralmente com latência maior, porém, com descrição qualitativa parecida (Anderson *et al.*, 2007; Hesse; Hough, 2012). A probabilidade de orgasmos é mais elevada nos casos em que persiste sensibilidade genital, nas parcerias mais predispostas a experimentações ou novas estratégias sexuais e no maior tempo pós-lesão (Fritz; Dillaway; Lysack, 2015; Courtois; Alexander; McLain, 2017).

A qualidade da vida sexual das entrevistadas piorou pela ausência ou dificuldade de sensibilidade no toque do corpo e frequente anorgasmia. Houve relato da necessidade de relaxar para lidar com a espasticidade e “não machucar”. Esses resultados corroboram a pesquisa realizada com 27 mulheres com LM no Reino Unido, com descrição de ausência ou alteração da sensação vaginal e redução da excitação, da lubrificação e do orgasmo (Thrussel *et al.*, 2018). Há fortes evidências de que as consequências fisiológicas da LM, tais como a disreflexia autonômica, o descontrole urinário e/ou intestinal, a espasticidade, a ausência ou diminuição de lubrificação e a dificuldade de se posicionar durante as relações sexuais podem afetar desfavoravelmente a resposta sexual (Basson, 1998; Kreuter *et al.*, 2011).

No relato das mulheres deste estudo, o autoerotismo vivenciado com a prática da masturbação já era infrequente antes da lesão e assim permaneceu após, principalmente pela diminuição ou ausência da sensibilidade genital. A orientação sobre exploração de outras áreas sensitivas, como mamilos, lóbulo da orelha e região posterior do pescoço, tem sido descrita como importante estratégia de reabilitação para ofertar maior prazer e autoestima, seja pela parceria como pela própria mulher (Hesse; Hough, 2012; Piatt *et al.*, 2022). Apesar da relevância dessas informações, muitos profissionais de saúde deixam de ofertá-las. Muitas mulheres com LM expressaram a intenção de que os médicos/profissionais de saúde iniciassem a discussão sobre sexualidade ao invés de elas próprias demandarem ativamente por informação sobre mudanças na esfera sexual (Kreuter *et al.*, 2011; Celik *et al.*, 2014).

As participantes deste estudo descreveram a capacidade de sentir prazer sexual, porém, algumas delas o experimentam com menor intensidade. Mesmo na ausência de prazer físico, houve relato de sensação de bem-estar “pelo psicológico, não pelo físico”. Outras investigações mostram relatos análogos, ao identificar mulheres pós-lesão medular que não experimentaram orgasmo, porém, descrevem satisfação psicológica com recompensas emocionais (Thrussel *et al.*, 2018; Piatt *et al.*, 2022). Mais do que o próprio funcionamento genital, a capacidade de satisfazer a parceria, a qualidade do relacionamento e o sentimento de intimidade sexual são importantes preditores da satisfação sexual de mulheres com LM (Fritz; Dillaway; Lysack, 2015; Piatt *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o afeto foi destacado pelas mulheres entrevistadas como aspecto relevante na dinâmica sexual. Ao discutir a importância da conduta da parceria nas relações sexuais e ao afirmar que a atividade sexual flui à medida em que os parceiros se mostram atraídos, afetuosos, próximos e atentos, narrativas de mulheres de outros contextos confirmam esse achado (Kreuter *et al.*, 2011; Tzanos *et al.*, 2021). Mais importante que o ato da penetração vaginal e/ou anal em si, muitas mulheres valorizam o diálogo e a partilha de sentimentos relacionados à vivência sexual, com expansão do conceito de intimidade sexual, com preliminares mais longas, com toques, abraços e massagens, exploração de novas áreas erógenas e uso de dispositivos a dois, como vibradores (Courtois; Alexander; McLain, 2017; Piatt *et al.*, 2022).

A repercussão sobre o desejo sexual foi frequente no discurso das mulheres desta pesquisa. Estudos evidenciaram que a autoimagem corporal negativa, a utilização de fármacos e sintomas depressivos decorrentes do trauma medular podem diminuir a libido (Krassioukov; Elliott, 2017; Maasoumi *et al.*, 2018). Outro achado nesta pesquisa refere-se ao medo de ser machucada, como “ferir alguma coisa por dentro”, limitando a disponibilidade para atividades sexuais. Essa vivência é similar à observada em estudo com mulheres estadunidenses, que se queixaram da insegurança em permitir a prática sexual penetrativa, pelo risco de promover dano na genitália (Fritz; Dillaway; Lysack, 2015). Uma das razões apontadas pelas mulheres para esse temor é a diminuição da lubrificação vaginal, que pode ocorrer reflexamente pelo estímulo manual da genitália, porém, não o suficiente para permitir penetração do pênis, dedos e brinquedos sexuais de forma satisfatória (Hesse; Hough, 2012; Piatt *et al.*, 2022). Assim como em mulheres sem LM, o emprego sistemático de lubrificantes à base de água tem se mostrado eficiente para facilitar a penetração e prevenir lesões genitais (Trussel *et al.*, 2018).

Como esperado, observou-se expressiva influência do contexto social no discurso das entrevistadas. De acordo com uma das participantes, a educação rígida dos pais influenciou para que ela iniciasse as práticas

sexuais após o casamento, o que ocorreu depois da lesão medular. Para outras, houve mudança de perspectiva durante a prática sexual, pela imposição de um corpo passivo a “esperar o outro fazer algo”. A impossibilidade de tomar atitudes como antes foi percebida com constrangimento, tendo sido destacada a mobilidade corporal reduzida, que limitou as posições sexuais. Resultados semelhantes foram relatados em outras pesquisas, ao realçar que aspectos como a dependência do parceiro para conduzir a prática sexual provocou sensação de culpabilidade e descompasso entre os papéis de cuidador e amante, com resultados negativos na resposta sexual (Anderson *et al.*, 2007; Thrussel *et al.*, 2018).

Houve narrativas de crenças limitantes acerca da diferença na sexualidade após a LM, como a expectativa de separação quase compulsória do cônjuge, em decorrência das mudanças nas relações sexuais. Este receio se justifica pelo imaginário coletivo existente em muitos contextos, que conjecturam a mulher com deficiência como incapaz de exercer sua sexualidade a contento, por serem diferentes e assexuadas (Basson, 1998). Nesse cenário, a sexualidade de pessoas com deficiência é comumente subestimada, podendo ser amplificada quando ocorrem situações de discriminação da parceria sexual, validando as dúvidas das próprias mulheres sobre sua inadequação sexual (Sharma, 2021; Osborne *et al.*, 2023). De forma contrária, quando a parceria oferta atitudes positivas em relação à deficiência e à sexualidade das mulheres, com comunicação aberta e franca e ajuda nas tarefas domésticas e no cuidado corporal, há melhoria na autoestima e na intimidade sexual (Sromkova *et al.*, 2017; Sharma, 2021; Gérard *et al.*, 2023).

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao fato de ter incluído apenas relatos sobre sexualidade de mulheres heterossexuais com LM. Outras pesquisas necessitam ampliar a compreensão de aspectos da sexualidade de mulheres lésbicas, bissexuais e transgêneros com deficiência. Além disso, a atual investigação pouco explorou os efeitos da intersecção da lesão medular com o avançar da idade, com a raça/cor da pele e com mulheres em contextos socioculturais diversos, como aquelas residentes em áreas rurais. No entanto, esta pesquisa acrescentou dados sobre um tema ainda pouco explorado no país, ao permitir conhecer em com mais profundidade a percepção das mulheres a respeito de sua sexualidade após a LM. Ao mesmo tempo, tal compreensão é relevante para intervenções de equipes de saúde, visando à melhoria do bem-estar psicológico, físico e social de mulheres que apresentam trauma medular.

## Conclusões

Este estudo reforça o impacto da LM sobre a sexualidade de mulheres, com repercussões orgânicas, emocionais e sociais. Apesar de continuarem se relacionando sexualmente, as mulheres perceberam as relações sexuais com qualidade inferior após a lesão medular. Foram relatos comuns o medo de se machucar durante o ato sexual, a ausência/diminuição da sensibilidade ao toque, a menor frequência de orgasmos, tendo o autoerotismo permanecido como prática infrequente. A busca por outras expressões sexuais também esteve presente em muitas falas, expandindo o conceito de satisfação sexual para além do convencionalmente aceito. Tendo em vista que as necessidades sexuais podem variar com o tempo, programas de educação em sexualidade ofertadas por equipe multiprofissional de saúde devem ser parte permanente da reabilitação ao longo da vida de pessoas com lesão medular.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí.

## Referências

ANDERSON, K. D. *et al.* Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. *Spinal Cord*, v. 45, n. 5, p. 349-359, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101979>

BASSON, R. Sexual health of women with disabilities. *Canadian Medical Association Journal*, v. 159, n. 4, p. 359-362, 1998. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229598/pdf/cmaj\\_159\\_4\\_359.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229598/pdf/cmaj_159_4_359.pdf)

BASSON, R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 27, n. 5, p. 395-403, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/713846827>

CELIK, E. C. *et al.* Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. *Spinal Cord*, v. 52, n. 4, p. 313-315, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2013.161>

COURTOIS, F.; ALEXANDER, M.; McLAIN, A. B. Women's sexual health and reproductive function after SCI. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, v. 23, n. 1, p. 20-30, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1310/sci2301-20>

FERREIRA, D. V.; MATÃO, M. E. L. Sexuality and reproduction in women with spinal cord injury. *Fisioterapia em Movimento*, v. 30, n. 4, p. 733-740, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.AO08>

FRITZ, H. A.; DILLAWAY, H.; LYSACK, C. L. "Don't think paralysis takes away your womanhood": sexual intimacy after spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 69, n. 2, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.015040>

GÉRARD, M. *et al.* Looking beyond the chair: psycho-perceptual predictors of sexual distress and sexual satisfaction in individual with spinal cord injury. *Journal of Sex Research*, v. 11, 1-18, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2260816>

HESSE, M. J.; HOUGH, S. Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *Journal of Spinal Cord Medicine*, v. 35, n. 4, p. 211-218, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>

KRASSIOUKOV, A.; ELLIOTT, S. Neural control and physiology of sexual function: effect of spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1310/sci2301-1>

KREUTER, M. *et al.* Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, v. v. 49, n. 1, p. 154-160, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2010.51>

KRIZ, J. *et al.* Incidence of acute spinal cord injury in the Czech Republic: a prospective epidemiological study 2006-2015. *Spinal Cord*, v. 55, n. 9, p. 870-874, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2017.20>

MAASOUMI, R. *et al.* Development of a sexual rehabilitation framework in women post-spinal cord injury: a study from Iran. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 99, n. 3, p. 548-554, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.08.477>

MERGHATI-KHOEI, E. Spinal cord injury and women's sexual life: case-control study. *Spinal Cord*, v. 55, n. 3, p. 269-73, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2016.106>

OSBORNE, J. B. *et al.* Couples' experiences with sexuality after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, v. 45, n. 4, p. 664-672, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2040611>

OTERO-VILLAVARDE, S. *et al.* Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, v. 53, n. 7, p. 557-560, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sc.2015.53>

PIATT, J. A. *et al.* Sexual health and women with spinal cord injury: the unheard voice. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, v. 3, p. 853647, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.853647>

QUADRI, A. S. *et al.* Recent update on basic mechanisms of spinal cord injury. *Neurosurgical Review*, v. 43, n. 2, p. 425-441, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10143-018-1008-3>

SHARMA, S. Sexuality and relationship experiences of women with spinal cord injury: reflections from an Indian context. *Sexual and Reproductive Health Matters*, v. 29, n. 2, p. 2057652, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2057652>

SODRÉ, P. C.; FARO, A. C. M. Estudo sobre as alterações da função sexual em mulheres residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP. *Acta Fisiátrica*, v. 15, n. 3, p. 149-155, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v15i3a102938>

SRAMKOVA, T. *et al.* Women's sex life after spinal cord injury. *Sexual Medicine*, v. 5, n. 4, p. 255-259, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.07.003>

STOFFEL, J. T. *et al.* Fertility and sexuality in the spinal cord injury patient. *World Journal of Urology*, v. 36, n. 10, p. 1577-1585, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2347-y>

THRUSSEL, H. *et al.* Women's experiences of sexuality after spinal cord injury: a UK perspective. *Spinal Cord*, v. 56, n. 11, p. 1084-1094, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0188-6>

TZANOS, I. A. *et al.* Sexual dysfunction in women with spinal cord injury living in Greece. *Spinal Cord Series and Cases*, p. 7, n. 1, p. 41, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41394-021-00404-7>

**Recebido em:** 22/03/2024

**Aprovado em:** 19/05/2024