

Aconselhamento sexual do paraplégico e tetraplégico **2**

Fabiano Puhlmann Di Girolamo*

IMPORTÂNCIA

- A lesão medular afeta a sexualidade.
- O lesado medular é sexuado.
- Tem o direito a informação sobre sexo.
- Pode expressar sua sexualidade de forma livre e responsável.
- Sua vivência sexual facilitará a integração com o meio.

CONCEITUAÇÃO

- Tipos de lesão - Completa/Incompleta
- Localização:
 - Região *Cervical* (C 1 - C7) - Região *Tóraco-lombar* (T1 - S5)
 - Seqüelas - *Tetraplégia* - Seqüelas - *Paraplégica*
 - *Tetraparesia* - *Paraparesia*

* Psicoterapeuta especialista em Psicologia de Recuperação pela FMUSP.
Recebido em 16.05.95 Aprovado em 29.05.95

INCIDÊNCIA

- 50% dos casos ocorre entre os 15 a 25 anos (*Adultos jovens*).
- 30 a 35 casos de lesão modular/a cada 1 milhão de habitantes por ano (2%).

CAUSAS DO DANO NEUROLÓGICO

- Traumatismos () - acidentes: de trânsito/trabalho/esportes/armas.
- Outras()-tumoral/infecciosa/vascular/mal-formações/degenerações.

FUNÇÃO SEXUAL HUMANA

- Depende da integridade: Gonadal/Endócrina/Neurológica/e Psicológica.

ASPECTOS PSICOLÓGICO (Reações Típicas)

- Dependência física acompanhada de *dependência emocional*.
- Atitudes de *rejeição da realidade* (Persiste até a elaboração das perdas).
- Fase de *depressão reativa* (Resulta da perda da auto-estima).
- *Perda da auto-estima* (Confiança e satisfação com o próprio corpo/ Distorção da percepção de adequação à vida com presença de sentimentos de inferioridade e abandono. As pessoas que baseiam sua auto-estima - na capacidade física com maiores dificuldades.
- *Conflitos com a imagem corporal* (Percepção das partes paralisadas como não próprias./Aparecem sentimentos de vergonha, medo e isolamento com temores da rejeição social e sexual./Necessário desenvolver uma nova vivência corporal-conhecer os limites e modificações./Incorporar os equipamentos Cadeira de Rodas/Muletas/Coletor de urina).
- *Identidade sexual* (Conflitos com o estereótipo da masculinidade impregnado por idéias de força, agressão e dominação física/Observe-se que os pacientes impotentes consomem muita energia com o próprio corpo restando pouco tempo para atividades sociais cons-

trutivas/Apresentam também maior repressão e distorções da realidade, bem como depressão).

Obs.: Elaborar a nova imagem corporal e recuperar a auto-estima e a identidade sexual são essenciais para o reequilíbrio da personalidade, surgindo então maior confiança para reassumir um papel sexual e social positivo.

ASPECTO NEUROLÓGICO (Comando Encefálico e Modular)

Lesão raquimedular (inclusive do cone medular e da cauda eqüina). Pode alterar a função sexual.

MÉDULA VERTEBRAL E A FUNÇÃO SEXUAL HUMANA

A primeira resposta a estimulação sexual é no homem - (*A ereção peniana* que resulta da intumescência dos corpos cavernosos e do corpo esponjoso do pênis). Na mulher - (*A Intumescência* do clítores, dos pequenos e grandes lábios, alongamento dos dois terços posteriores da vagina e produção de muco lubrificante). Estas respostas são desencadeadas por estímulos *centrais ou* psicogênicos (Medidos pelos órgãos do sentido, por percepção direta ou de memória. E pelos estímulos periféricos (toque das áreas genitais e adjacências). Ocorre também a ereção por estímulos proprioceptivos (como tensão em estruturas internas).

As *Aferências Periféricas* caminham pelos nervos pudendos, os quais participam do *plexo* sacral, alcançando a medula ao nível de S2, S3, S4 se dirigindo então para o cérebro. As aferências centrais ativam o centro reflexo medular localizado nos segmentos tóraco-lombares de T11 a L2.

As *Eferências erectivas* são influenciadas pelas fibras colinérgicas parassimpáticas dos nervos eretores de Eckhardt, provenientes do centro sacral (S2-S3-S4). O centro reflexo medular para a ereção está também localizados na porção sacra, sendo acionado por estímulos periféricos.

A *Emissão -Ejaculação* ocorre na fase da emissão por mediação simpática dos nervos hipogástricos, a partir do centro reflexo tóraco-lombar de T11-L2, e na fase de ejaculação estão envolvidos os dois centros medulares reflexos, o que a torna mais complexa.

O Orgasmo é uma sensação de alto significado psicológico, conscientemente interpretada como satisfação sexual, do ponto de vista físico é uma descarga física, resultante das tensões vasocongestivas miotônicas determinadas pelos estímulos sexuais. (Resulta da percepção das contrações da musculatura lisa dos órgãos genitais internos e da musculatura estriada do períneo, coincide com a emissão-ejaculação).

ANAMNESE DA FUNÇÃO SEXUAL DO LESADO MEDULAR

Inventário da função sexual anterior a lesão (abrangendo itens como interesse, desempenho, conhecimento sobre sexualidade, hábitos sexuais ...) Incluem-se questões sobre sensibilidade anal, vesical, uretral e genital, forma de controle intestinal e vesical (Reflexa ou voluntário) História de infecções urinárias e do trato genital, presença de fístula uretrais, informações sobre infiltrações nervosas com álcool ou fenol, história de práticas para o controle da espasticidade. No homem perguntar se tem ereção espontânea, reflexa (como ocorreu) ou psicogenica, se tem ejaculação, sensação de orgasmo ou de dor, indagado também sobre a qualidade e o tempo de ereção. Na mulher pergunta-se sobre o retorno da menstruação, se tem lubrificação vaginal frente a excitação sexual, sensação de orgasmo, e informações sobre contraceptivos. Incluem-se ainda dados sobre experiências sexuais anteriores a lesão, doenças venéreas, interesse e frequência de atividades sexuais, áreas do corpo mais sensíveis, desejo de ter filhos, existência de parceria sexual habitual.

No *exame físico* avaliamos a sensibilidade superficial, a atividade motora, reflexa ou voluntária a integridade dos órgãos reflexos envolvidos na resposta sexual a finalidade da avaliação é determinar precisamente o nível e extensão da lesão relacionadas aos segmentos sacrais (S2-S3-S4). No homem é preciso avaliar a sensibilidade da pele do pênis, bolsa escrotal e a parte interna das coxas; na mulher, observa-se a sensibilidade do clítores, grandes e pequenos lábios, períneo a parte interna das coxas, importantes avaliar se há resposta a estimulação tátil a à estimulação dolorosa (algodão/agulha) deve-se pesquisar principalmente o tônus do esfíncter anal externo a da resposta do reflexo anal. (Tonicidade do esfíncter e constrição) pode-se potencializar a resposta esfíncteriana através do reflexo bulbocavernoso-anal (através da compressão adicional da glândula peniana. O indivíduo poderá também ser ou não capaz de comandar voluntariamente a contração do esfíncter anal externo. Resposta motora positiva indica atividade reflexa do centro sacral

(S2-S-3-S4) a classificação é de lesão tipo neurônio motor superior (*N.M.S.*) se a resposta for negativa o arco reflexo sacral está lesado, por destruição do centro ou dos nervos sacros. a lesão é então classificada como do tipo neurônio motor inferior (*N.M.I.*).

A conclusão sobre o nível e extensão da lesão (completa ou incompleta) é dado pela avaliação concomitante da resposta sensitiva e do controle voluntário. Na lesão completa existe ausência de sensibilidade e de controle voluntário do esfíncter anal.

Na lesão incompleta, ocorre ausência de sensibilidade ou falta de controle voluntário.

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE LESÃO MEDULAR E A FUNÇÃO SEXUAL

- *N.M.S. (Completa)* - Presença de contração do esfíncter anal; ausência de sensibilidade e de controle motor voluntário do esfíncter.
- *N.M.S. (Incompleta)* - Presença de contração do esfíncter anal, presença de sensibilidade tátil ou dolorosa parcial ou controle voluntário do esfíncter.
- *N.M.I. (Completa)* - Não há tônus, sensibilidade nem controle voluntário do esfíncter anal (ausência do reflexo bulbocavernoso-anal).
- *N.M.I. (Incompleta)* - Não há tônus nem controle do esfíncter, porém, há sensibilidade.

Obs.: A lesão medular pode destruir um dos ou ambos os centros responsáveis pela ereção e ejaculação ou pode interromper as fibras de comunicações entre eles.

- A lesão medular pode ser completa (transecção) persistindo a atividade reflexa, sem manifestações da influência cortical.

- A lesão medular pode ser incompleta, persistindo atividade reflexas e graus variados de controle cortical.

REFERÊNCIAS ESTATÍSTICAS

A maioria das investigações estatísticas apresentam conclusões obtidas de questionários e entrevistas com pacientes; e quanto aos avaliados a maioria eram internos ou vivendo em seus lares a pouco tempo, poucos trabalhos envolviam as observações da parceira sexual.

Única Estatística Brasileira

A.A.C.D. 1982 – 100 Lesados Medulares do Sexo Masculino

<i>Tipo de Lesão</i>	<i>Ereção</i>	<i>Ejaculação</i>
N.M.S. Completa	78%	15%
N.M.S. Incompleta	100%	15%
N.M.I. Completa	85%	29%
N.M.I. Incompleta	100%	75%

A metodologia utilizada para o cálculo da porcentagem de ereção e ejaculação segue o modelo de Bors e Comarr. Os resultados estão muito acima dos obtidos por outros pesquisadores, o que segundo conclusão da equipe da A.A.C.D. reflete a influência de fatores culturais (o brasileiro confunde potência com masculinidade), levando a dar falsos depoimentos.

Comparação

A.A.C.D. 1982 – 100 Lm – Homens

Comarr 1977 – 679 Lm – Homens

<i>Tipo de Lesão</i>	<i>Função Sexual</i>	<i>Comarr</i>	<i>A.A.C.D.</i>
N.M.S. Completa	Ereção Ejaculação	93% 19%	78% 15%
N.M.S. Incompleta	Ereção Ejaculação	98% 25%	100% 25%
N.M.I. Completa	Ereção Ejaculação	26% 35%	85% 29%
N.M.I. Incompleta	Ereção Ejaculação	83% 50%	100% 75%

Pesquisa Argentina 1970 - 162 L.M. Homem

<i>Tipo de Lesão</i>	<i>Ereção</i>	<i>Ejaculação</i>	<i>Orgasmo</i>
N.M.S. Completa	Reflexa 87%	Rara –	Ausente
N.M.S. Incompleta	Reflexa e psicógena 92%	Contínua após a ereção reflexa e psicógena 4%	Presente com ejaculação
N.M.I. Completa	Psicógena 7%	Contínua após ereção psicógena –	Presente com emissão
N.M.I. Incompleta	Psicógena e reflexa 86%	Contínua após ereção psicógena e reflexa 10%	Presente com ejaculação

Obs.: As variações são relevantes, mas o que prevalece é a ordem de preservação ou recuperação gradual das funções sexuais. Somando os estudos, apesar das diferenças metodológicas, mais de 1000 casos foram estudados. A ereção está mantida de 63,3% a 94%, a ejaculação com menor frequência é conseguida de 3% a 19,7%, o orgasmo é conseguido de 2,8% a 14% e a procriação de 1 % a %% dos casos. A função sexual é a mais vulnerável das funções autônomas e é a mais rapidamente afetada, na seguinte seqüência: Orgasmo, Ejaculação, Ereção, Micção e Defecação; sua recuperação é a mais tardia das funções das vísceras pélvicas.

PRÁTICAS USUAIS

- A ereção usualmente conseguida por estímulo manual sobre a genitália e mantida por constrição da base peniana (efeito torniquete por no máximo 30 minutos).
- A posição escolhida por tetraplégicos é colocar a parceira por cima, paraplégicos podem assumir diversas posturas.
- Cuidados de higiene, lavagem do pênis e esvaziamento da bexiga antes do coito.
- Frequência de atividade sexual entre aqueles que tiverem experiências sexuais prévias à lesão.

- Satisfação da parceira usualmente por estimulação oral ou manual, dependendo da aceitação individual.
- Inseminação artificial da companheira como opção para filhos.
- Grande importância da discussão dos aspectos psicológicos do deficiente e da sua parceira durante o aconselhamento sexual.

FERTILIDADE DE PARAPLÉGICOS E TETRAPLÉGICOS

- *Masculina* - A capacidade reprodutiva está freqüentemente alterada devido à ausência de ejaculação e as alterações na qualidade do esperma.
- *Feminina* - A capacidade reprodutiva está conservada, se a gravidez não for desejada, deverão utilizar-se de métodos anti-conceptivos e a gravidez e o parto necessitam acompanhamento médico.

TRATAMENTO DISPONÍVEIS

Indução da Ejaculação: 1) técnica de injeção intratecal de neostigmina (substância parassimpaticomimética que estimula seletivamente a função sexual/0,3 mg de sulfato de neostigmina aplicações na região lombar provocam no intervalo de uma hora varias ereções e ejaculações); 2) Técnica da administração subcutânea de *fisostigmina*, utilizada apenas para fins diagnósticos em pacientes com os segmentos T1-L1-L2 intactos (injetando no subcutâneo 2 mg de fisostigmina, após 20 minutos, a masturbação desencadeara a ejaculação); 3) Técnica da *eletroestimulação transretal* (colocação de um dispositivo no reto composto de um eletrodo para a estimulação da região das vesículas seminais e canais deferentes. O sêmen é ejaculado para a bexiga a depois recolhido para o uso na inseminação artificial.); 4) Técnica da *eletrovibração* (utilização de um vibrador com freqüência de 70-100 hertz, para estimular a superfície ventral da glândula peniana; após período variável de 20 segundos a 4 minutos, surge resposta motora (Movimentos rítmicos do assoalho pélvico, da raiz das coxas e da musculatura abdominal) podendo chegar a ejaculação; a técnica não é indicada para indivíduos com lesão acima de T5 por apresentar risco de crise de disreflexia autonômica.

Tratamento da Impotência: 1) Drogas vasoativas (constituem-se de substâncias químicas que, quando injetadas no pênis, provocam a ereção do pênis, foram experimentadas a fenoxibenzamine, papaverina, papaverina-fentolamina a mais recentemente a prostraglandina e a reginina); 2) Próteses penianas (Técnicas de implante de componentes para substituir a função dos corpos cavernosos, com resultados favoráveis).

ACONSELHAMENTO SEXUAL

Forma de educação sexual onde a atuação do terapeuta sexual e/ou conselheiros é informativa, porém não diretiva e baseada nos princípios humanistas e nas estratégias gerais da terapia sexual.

Objetivos

- Educar, informar, conscientizar.
- Sensibilizar e modificar atitudes.
- Diminuir a ansiedade.
- Facilitar a comunicação.
- Flexibilizar o estilo de vida.
- Relativizar os papéis sexuais.
- Modificar comportamentos inadequados.

Princípios

- Toda pessoa tem direito a expressão sexual plena e responsável.
- O ajustamento sexual é facilitado pela maior comunicação em relação em sexo.
- A integração sexual é um dos aspectos essenciais à saúde plena.
- A expressão sexual é um processo dinâmico, sofre alterações de acordo com as necessidades físicas, as experiências e o meio sócio-cultural.
- A aceitação social é secundária a auto-aceitação, inclusive na vertente sexual.
- A sexualidade só pode ser expressa reprimida ou suprimida.

Programas de Aconselhamento Sexual

- Grupal ou individual.
- Variam segundo a duração, as etapas, o número de participantes, o critério de seleção dos profissionais e participantes.

Estrutura

- I) Duração: Workshops Intensivos/Cursos Modulares.
- II) Etapas: Avaliação/Instrução/Aconselhamento.
- III) Participantes: Não existe uma regra rígida, podem os grupos de discussão funcionar bem com seis a doze pessoas incluindo parceiros e profissionais.
- IV) Dinâmica: Exposição teórica, Grupos de discussão, Sensibilizações, Dramatizações, etc.

Critérios de Seleção

Participantes: Homogêneos/Heterogêneos.

Profissionais: Interdisciplinaridade

- Capacidade de estabelecer contatos
- Ter noções de psicologia da relação sexual
- Ter noções de patologias orgânicas
- Imparcialidade
- Conhecimento sobre técnicas de entrevista
- Sentir-se a vontade ao abordar o tema da sexualidade
- Treinamento prévio.

Conteúdo Básico

- Revisão de anatomia a fisiologia sexual masculina e feminina.
- Repercussões da lesão medular na função sexual.
- Repercussões da esfera afetiva na função sexual.
- Aspectos mais amplos da sexualidade.

Recursos Didáticos

- Material audiovisual (diapositivos/filmes/videos).
- Revistas eróticas.
- Textos selecionados.
- Painéis.
- Discussão em grupos.
- Objetos-bonecos, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Qué es la sexualidad?*, de Maria Teresa Gómes Rojas. In: Venciendo Barreras, vol. 6, n° 1, abr./93, pp. 22-25.
2. *Impotência? Eso era antes; técnicas para reestabelecer la erección*, de Fanny Restrepo Garcia. In: Venciendo Barreras, vol. 7, n° 1, abr.-jul./94, pp. 24-25.
3. *Facilidades para o amor*. In: O Globo, 25/05/94.
4. *Forbidden fruit*, de Anne Finger. In: New Internationalist, n° 233, jul./92, pp. 8-10.
5. *Ajustamento social pleno só com antor e sexo*. de Isabel Vieira. In: Integração, ano 2, n° 6, set./89, p. 10.
6. *Programa de educação sexual para deficientes mentais*, de Regina Ester Gomes Cruz. In: Integração, ano 4, n° 9, abr.-jun./92, pp. 17-19.
7. *Trabalho em grupo e orientação sexual na clínica de lesão medular*, de M. E. P. Casalis & M. M. M. Spósito. In: Integração, ano 2, n° 4, mar./89, pp. 32-35.
8. *Paraplégicos también e podem ser pais*, de Ivadel Batista Alves. In: Integração, ano 2, n° 7, dez./89, p. 47.
9. *Nossos capítulos da sexualidade*. In: Jornal do Brasil, 29/06/94.
10. *Deficiência não anula a libido*, de Edmilson Silva. In: O Globo, 03/07/94.
11. MOONEY, Thomas et alli. *Sexual options for paraplegics and quadriplegics*. Boston: Little, Brown and Company, 1975.
12. NORDOVIST, Inger. *Sexuality and disability - a matter that concerns all of us*. Bromma: The Swedish Institute for the Handicapped, 1986.
13. HAMMOND, Margaret et alli (eds.). *yes, you can! A guide to self-care for persons with spinal cord injury*. Paralyzed Veterans of America, 1989, pp. 217-240.
14. KOCH, Sandra (ed.). *The sourcebook of patient education materials for physical medicina and rehabilitation*. Houston: D. Armstrong Company, 1988, pp. 556-581.

15. Correctaid: *Erection assistance device -Instructions for - use*. Houston: Synergist Limited, 1986.
16. HALE, Glória (ed.). *Manual para minusvalidos: Guia ilustrada para hacer la vida más fácil e independiente a los impedidos físicos, sus familias y amigos*. Madrid: H. Blame. 1980, pp. 150-161.
17. WALSH, J. J. *Understanding paraplegia*. Hertford; DOLPHIN, 1974, capítulo 14: Função Sexual na Paraplegia, pp. 93-96.
18. COLE, Theodore et alli. *A new programme of sex education and counseling for spinel! core! injured adults and health care professionals*. In: Paraplegia, vol. ii. n° 2. ago./73, pp. 111-124.
19. BURKE, David & MURRAY, D. Duncan. *Handbook of spinal cord medicine*. London: Macmillan press, 1975, capítulo 10: Função Sexual no Paciente Lesado Medular, pp. 61-65.
20. ROGERS, Michael. *Living with paraplegia*. London: Faber, capítulo 6, pp. 103-136.
21. CORBET, Barry (ed.). *National resource directory: an information guide for persons with spinal cord injury and other physical disabilities*. Newton: National Spinal Cord Injury Association, 1985, capítulo IV: Sexualidade, pp. 38-43.
22. PHILLIPS, Lynn et alli. *Spinal cord injury: a guide for patient and family*. New York: Raven Press. 1987, capítulo 12: Sexo e Intimidade, de autoria de Mark Ozer & Lynn Phillips, pp. 147-160.
23. GAUDERER, E. C. *Autismo*. CORDS, capítulo 9: Sexo e Sexualidade e o Profissional de Educação e Saúde, pp. 260-280.
24. LIPPI, Novais Marilda. *Sexo para deficientes mentais, sexo e o excepcional dependente e não dependente*. Cortez Editora, SP, 1981.
25. DOCHERTY, James. *Growing up, um guia para crianças e seus pais*. Editora Científica Nacional, RJ, 1986.
26. GLAT, Rosana. *Somos iguais a você*. Agir Editora, RJ, 1989.
27. LOUREIRO MAIOR, I. M. M. *Reabilitação sexual do paraplégico a tetraplégico*. Editora Revinter, RJ, 1988.
28. MARCONDES, Ricardo, *No silencio do sexo*. Editora Record. RJ, 1994.
29. ASSUMPÇÃO, F. B. e SPROVIER, M. H. S. *Sexualidade e deficiência mental*. Ed. Moraes, SP, 1987.