

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Daniella Vieira Ferreira**

**SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM TRAUMA  
RAQUIMEDULAR**

Goiânia

2016

Daniella Vieira Ferreira

**SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM TRAUMA  
RAQUIMEDULAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia

2016

F383s Ferreira, Daniella Vieira  
Sexualidade e reprodução em mulheres com trauma Raquimedular  
[manuscrito] / Daniella Vieira Ferreira.-- 2016.  
93 f.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês. Dissertação  
(mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU  
em Atenção à Saúde, Goiânia, 2016  
Inclui referências

1. Mulheres - Comportamento sexual. 2. Reprodução  
- Mulheres. 3. Medula espinhal - Ferimentos e lesões.  
4. Traumatismo. I. Matão, Maria Eliane Liégio. II. Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 613.88-055.2(043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniella Vieira Ferreira

### SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Drª Maria Eliane Liégio Matão  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Profª Drª Maria Madalena Del Duque Lemes  
Membro Efetivo, Externo ao Programa - PUC Goiás

---

Profª Drª Renata Teles Vieira  
Membro Efetivo, Externo ao Programa - SMS

## DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo às mulheres participantes, por me confiarem falar neste assunto tão íntimo. Este é dedicado para todas essas guerreiras!*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus por mais esta conquista, por me sustentar quando tudo parecia perdido. A Ele toda honra e glória! Tu és maravilhoso!*

*À minha filha Mariane que por vezes sentiu minha ausência. Quantas viagens, horas de estudo frente ao computador sem lhe dar a devida atenção... Obrigada por ser minha companheira, parceira, meu amor, minha VIDA!!! A você meu agradecimento mais que especial. Te amo princesa!*

*Ao meu filho homem, meu bebê, que tornou meu mundo mais azul... Márcio Filho, que chegou em meio essa jornada e trouxe ainda mais alegria, ânimo e fôlego para continuar! Te amo príncipe!*

*Ao meu esposo Márcio, que soube compreender a ausência, correria, nervosismo, choro, enfim... Obrigada por me suportar nesta caminhada! Agradeço também por cuidar de nossa filha quando não pude estar presente! Te amo!*

*Minha super mãe, por me incentivar sempre e não me abandonar nunca! Obrigada por acreditar no meu potencial e nunca deixar de me ensinar. Tudo que sou devo a você! Te amo e te admiro!*

*À minha segunda mãe e pai... Tia Nana e tio Hélio... Vocês tem participação especial nesta conquista! Foram tantas idas e vindas, todas com ótimas recepções... Abrigo não só de casa, mas de amor, colo. Amo vocês!*

*À minha orientadora Dra Maria Eliane Liégio Matão. Obrigada por ser parte essencial na conclusão deste!*

*Não poderia deixar de agradecer a todas participantes deste estudo, pois sem elas este não teria acontecido.*

*A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.*

*(Marcel Proust)*

## RESUMO

FERREIRA, D.V. Sexualidade e reprodução em mulheres com trauma raquimedular. 2016. 93f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção a Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Trata-se de um estudo de Representação Social desenvolvido com objetivo de descrever a vivência de mulheres com trauma raquimedular (TRM) acerca da sexualidade e reprodução nestas condições. Participaram do estudo 11 mulheres acometidas por TRM, estas com vínculo na Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV), na cidade de Rio Verde, Goiás. A coleta de dados realizou-se com o uso de questionário sociocultural e de evocações livres, além da realização de entrevista semiestruturada. A partir da análise dos resultados, constatou-se que os sentidos atribuídos pelas participantes à experiência da sexualidade e reprodução após o TRM, estão relacionados com preocupações específicas e experiência de vida com as limitações instaladas. Os resultados apontam para a diversidade de sentimentos que envolvem várias dimensões da sexualidade e reprodução, os quais vão além da perspectiva biológica e, notadamente, ultrapassam as prováveis limitações geradas pela TRM no caminho de ser mulher. O dendograma obtido apresenta dois eixos e cinco subcategorias. O eixo I trata de assuntos pertinentes a vivência nesta condição, sendo contemplado por quatro classes, respectivamente: cotidiano da vida, sexualidade e reprodução, dificuldades e enfrentamento. Já no eixo II, o qual trata dos aspectos subjetivos, está presente a classe denominada de percepções. As classes do eixo I revelaram, entre outros aspectos, simbolismos associados ao sexo, reprodução, relações afetivas antes e após o TRM e relações com o corpo. Agregar subsídios que poderão ser utilizados como suporte para aprimorar e fortalecer o apoio profissional no enfrentamento do TRM. Os profissionais de saúde e a mulher, ganham quando se dispõem a planejar um atendimento individualizado baseado na escuta ativa das pessoas atendidas. Os resultados encontrados revelam que a vivência da sexualidade da mulher acometida por TRM é marcada por um misto de sentimentos. Ao passo que demonstram insegurança de se manifestarem sexualmente, também referem o medo do abandono e da solidão, possivelmente devido aos conflitos de aceitação da nova imagem, que na maioria dos casos foi caracterizado por auto preconceito. A sexualidade e reprodução especificamente em mulheres tem peso expressivo na sociedade. Assim, a reabilitação de mulheres com TRM continua como temática a ser estudada e enfocada nas ações de educação em saúde, e mesmo na educação permanente dos profissionais de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vidas dessas mulheres.

Palavras Chave: Sexualidade; Reprodução; Mulheres; Traumatismos da Medula Espinhal.



## **ABSTRACT**

FERREIRA, D.V. Sexuality and reproduction in women with spinal cord injury. 2016. 93f. Master's thesis - Postgraduate Program Stricto Sensu in Health Care, University of Goiás, Goiânia.

It is a study of social representation developed in order to describe the experience of women with spinal cord injury (SCI) about sexuality and reproduction in these conditions. The study included 11 women affected by TRM, those with ties in the Association of Rio Verde Handicap (ADEFIRV) in the city of Rio Verde, Goiás. Data collection was conducted with the use of socio-cultural questionnaire and free evocations, besides carrying out semi-structured interview. From the analysis of the results, it was found that the meanings attributed by the participants to the experience of sexuality and reproduction after the TRM are related to specific concerns and life experience with the installed limitations. The results point to the diversity of feelings that involve various dimensions of sexuality and reproduction, which go beyond the biological perspective and, in particular, beyond the likely limitations generated by the TRM in the way of being a woman. The dendrogram obtained has two axes and five subcategories. Axis I deals with matters pertaining to living in this condition, being contemplated by four classes, respectively: everyday life, sexuality and reproduction, difficulties and coping. In the axis II, which deals with the subjective aspects, this is the class called perceptions. axis I classes revealed, among other things, symbolisms associated with sex, reproduction, affective relationships before and after the TRM and relations with the body. Add subsidies that could be used as support to enhance and strengthen the professional support in coping with TRM. Health professionals and the woman come when they are willing to design an individualized care based on active listening of the people served. The results show that the experience of sexuality of women affected by TRM is marked by mixed feelings. While demonstrating insecurity manifest sexually, also refer to the fear of abandonment and loneliness, possibly due to the acceptance of conflict of the new image, which in most cases was characterized by self bias. Sexuality and reproduction specifically in women has significant weight in society. Thus, the rehabilitation of women with TRM continues as a theme to be studied and addressed in health education activities, and even in the continuing education of health professionals, with a view to improving the quality of lives of these women.

Keywords: Sexuality; Reproduction; Women; Injuries Spinal Cord.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas de mulheres com trauma raquimedular sobre as implicações na sua saúde sexual e reprodutiva 43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Evocações e Justificativas apresentadas em nome próprio para os signos difícil, sofrimento e solidão	42
Quadro 2 –	Evocações e Justificativas apresentadas em nome de terceiros para as palavras dificuldade, incapaz e preconceito	42

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADEFIRV	Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde
ALCESTE	<i>Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte</i> (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto)
ASIA	<i>American Spinal Injury Association</i> (Associação Americana de Lesão Medular)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CBBC	Confederação Brasileira de Basquete em Cadeiras de Rodas
DA	Disreflexia Autonômica
DIU	Dispositivo Intrauterino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME	Medula Espinhal
rang	Ordem média de evocação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raquimedular
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidades de Contexto Inicial

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>13</b>
<b>3 MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Trauma Raquimedular – TRM</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 Sexualidade</b> .....	<b>18</b>
3.2.1 Sexualidade e TRM .....	19
<b>3.3 Reprodução</b> .....	<b>21</b>
3.3.1 Reprodução e TRM .....	22
<b>3.4 Teoria das Representações Sociais</b> .....	<b>23</b>
3.4.1 Representações Sociais .....	23
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2 Local do Estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>4.3 Amostra do Estudo</b> .....	<b>27</b>
<b>4.4 Procedimentos do Estudo</b> .....	<b>27</b>
4.4.1 Aspectos Éticos .....	27
4.4.2 Contato com Associação .....	28
4.4.3 Coleta de Dados .....	28
<b>4.5 Análise dos Dados</b> .....	<b>29</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1 Síntese da Narrativa de Cada Entrevistada</b> .....	<b>31</b>
<b>5.2 Caracterização das Participantes</b> .....	<b>36</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXO A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	<b>76</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>81</b>

<b>APÊNDICE C – FICHA PARA REGISTRO DE DADOS SOCIOCULTURAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Décadas atrás, o trauma raquimedular (TRM) significava o confinamento em uma cadeira de rodas e uma vida de comorbidade, visto que as possibilidades de tratamento eram muito limitadas. Com os inúmeros avanços da ciência, em especial da neurociência, as intervenções proporcionam expectativas para a recuperação funcional (MCDONALD; SADOWSKY, 2002).

A reabilitação neuro-motora na maioria das vezes não leva à cura. Em geral, possibilita a adaptação do indivíduo à sua nova condição, indo além do cuidado aos danos causados pela lesão, e deste modo contribuir para a melhoria da qualidade de vida, por proporcionar a independência funcional e da inclusão social (VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Nesse contexto, o processo de reabilitação da pessoa se configura como essencial para dar qualidade de vida às mesmas. Por ter formação acadêmica em fisioterapia e o contato com pacientes com déficits neurológicos, seja na clínica ou na docência, durante supervisão, me proporcionou um crescente interesse nesta área. Essa vivência tem possibilitado melhoria em minha ação pedagógica junto aos discentes, bem como nas relações humanas envolvendo tais pacientes.

Em diferentes oportunidades, as relações interpessoais e afetivas após a instalação de limitações físicas passam a ser enfocadas. Entre as mulheres são mais evidentes, talvez devido às relações de gênero, na qual se espera uma mulher mãe, do lar e das tarefas internas familiares, bem como amante, que exerça sua sexualidade com um corpo dito como perfeito. Com isso, aparecem facilmente e de modo crescente o desejo por oferecer melhor suporte na reabilitação dessa parcela da população.

Para tanto, além do domínio teórico-prático, torna-se essencial a compreensão da percepção que as mulheres com deficiência têm de si mesmo, buscando integrá-las. Por ser a área da saúde da mulher prioritária no contexto da política nacional, verifica-se a necessidade de estudos frequentes para melhor atendimento às mesmas. Sendo assim, perceber a saúde como um campo de contradições e paradoxos do viver em sociedade, principalmente quando se diz respeito a mulheres antes consideradas ativas e em seguida acometidas por alguma incapacidade física, para que dessa forma se possa oferecer maior qualidade de assistência nos atendimentos prestados.

O sexo é essencial ao homem e por meio dele que se origina vida, mas arguir à respeito de sexualidade humana, ou sexo propriamente dito, continuamente significou preconceito na existência de qualquer indivíduo. Apesar disso, tudo que não se conhece dá origem a insegurança e temor, quanto mais ao falar da sexualidade de um indivíduo que sofreu um TRM, o tabu é ainda maior, pela desinformação e falta de conhecimento (SODRÉ; FARO, 2008).

A maioria dos traumas neurológicos, sendo eles agudos ou crônicos, determina alguma repercussão à sexualidade e reprodução das pessoas. No que se refere à vivência da sexualidade, há uma pluralidade de fatores implicados, dentre os quais, certamente, se coloca com forte ênfase as relações de gênero numa perspectiva relacional e transversal, além das condições físicas visíveis de normalidade, ou não, em especial as socialmente percebidas.

Em meio ao contexto envolvido, qual a experiência das mulheres com TRM no que diz respeito à sexualidade e reprodução? Para responder essa questão estabeleceu-se como objetivo para o presente estudo, descrever a vivência de mulheres após TRM, com destaque para o exercício da sua sexualidade e reprodução. Pretende-se agregar subsídios que poderão ser utilizados como suporte para aprimorar e fortalecer o apoio profissional no enfrentamento do TRM.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever a vivência de mulheres após trauma raquimedular quanto a sua sexualidade e reprodução.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar as mulheres participantes quanto aos aspectos socioculturais;
- Conhecer experiências de mulheres após trauma raquimedular quanto à sexualidade e reprodução;
- Identificar as representações sociais elaboradas por mulheres após trauma raquimedular acerca da sexualidade e reprodução.

### 3 MARCOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

O Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, totalizou 190.732.694 habitantes, dos quais se calcula que cerca de 13.265.599 indivíduos tenham algum tipo de deficiência motora permanente no Brasil, destes 7.057.298 são mulheres. No Estado de Goiás, cuja população estimada por ocasião do censo de 2010 era de 6.003.788 habitantes, desses, 376.565 pessoas com algum tipo de deficiência motora, das quais 227.221 são mulheres (IBGE, 2013). A incidência anual de TRM no mundo é de 15 a 40 casos por cada milhão de habitantes (BRASIL, 2011). Assim, pode ser considerado como um grave problema de Saúde Pública, haja visto o quantitativo elevado de pacientes com este tipo de lesão (MEYERS, 2001).

É uma causa de morbimortalidade expressiva, especialmente dentre os grupos mais jovens da população. A região Nordeste apresenta a maior incidência, com cerca de 91 casos/milhão de habitantes por ano, seguida da região Centro-Oeste com 79 casos/milhão de habitantes por ano, sendo os acidentes de trânsito o motivo mais comuns nestas regiões. Na idade dos cinco aos 39 anos, consistem em traumas externos, provocados por acidentes de trânsito, quedas e agressões interpessoais, os quais ocupam o primeiro lugar como motivo de óbito (FIGUEIREDO, 2008). A maioria dos pacientes do sexo feminino encontra-se na faixa etária de 41 a 50 anos (PEREIRA; JESUS, 2011).

Pessoas com TRM são aquelas que sofreram lesão na medula espinhal devido a um trauma, compressão, ruptura total ou parcial da transmissão nervosa, que leva a alteração da função motora, sensitiva e autonômica (SARTORI; MELO, 2002; SODRÉ; FARO, 2008). Em geral é uma condição que não evolui propriamente ao óbito, porém causa limitação e mudança no estilo de vida do indivíduo acometido (MURTA; GUIMARÃES, 2007), ocasionando mudanças radicais na vida da família e do viver em sociedade (CAMPOS et al. 2008).

Carvalho (2002) aponta que o TRM é uma causa de seqüela grave, pois têm o potencial de gerar muitos efeitos prejudiciais no cotidiano da pessoa acometida. Qualquer fator que interrompa a continuidade da medula vertebral provoca isolamento do seguimento corporal abaixo do nível da lesão, o que acarreta falta de sensibilidade e perda de movimento, acompanhado de disfunções vasomotoras e

autônômicas como alterações esfinterianas, deficiência para esvaziamento vesical e intestinal, como também disfunção sexual.

Parte fundamental da personalidade de cada ser humano, a sexualidade é um aspecto natural e precioso da vida, ou seja, parte essencial e fundamental de nossa humanidade (CARNEIRO et al. 2012), com definição abrangente e difusa, pois não pode ser compreendida apenas por seus aspectos genitais e biológicos. A sexualidade é expressa de diversas maneiras, desejos, sentimentos, pensamentos, emoções, atitudes e comportamentos a partir de diferentes contextos de momentos históricos e culturais, enquanto que o conceito de sexo prioriza os aspectos da reprodução e do prazer sexual referindo-se às questões genitais (ANDERSON, 2000; BLACKBURN, 2002; MAIA, 2012).

O período que sucede uma lesão medular é marcado, inicialmente, por uma assexualidade e em seguida surge um período de descobrimento enquanto acontece a reabilitação, sendo o apoio afetivo muito importante durante esse processo. A readaptação à nova situação que vivencia é influenciada de forma extrema pelos aspectos sociais e emocionais, na qual o indivíduo experimenta sensações negativas como, angústia, descrença, ansiedade e desespero mediante a necessidade de recomeço de sua vida sexual, sendo o suporte emocional e a autoestima esteios de grande significância nesse processo, pois alimentam a confiança a um nível ideal para que haja sucesso nos objetivos pretendidos (GARRETT; TEIXEIRA; MARTINS, 2007).

### **3.1 Trauma Raquimedular – TRM**

O TRM é uma agressão à medula espinhal que pode causar perda parcial ou total da motricidade voluntária ou da sensibilidade, com implicações como paraplegia ou tetraplegia. Em graus variados, há comprometimento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (SISCÃO et al. 2007). Tem origem traumática ou não traumática, sendo que, quando de etiologia traumática, as mais frequentes estão relacionadas a acidentes automobilísticos, ferimentos por armas de fogo, mergulho em águas rasas, acidentes esportivos e quedas. Já os não traumáticos podem estar relacionados a tumores, infecções, alterações vasculares, malformações e processos degenerativos ou compressivos

(ADLER, 2005; ATKINS, 2005; CASALIS, 2003). Geralmente ocorre em pessoas no apogeu de sua produtividade (BRITO et al. 2011).

Os acidentes automobilísticos correspondem cerca de 40% das causas de TRM, seguido por causas violentas com 25% (CARDOZO-GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001), nas quais estão incluídas as lesões provocadas por armas de fogo, desta forma constituem a segunda maior causa de TRM, superada apenas pelos acidentes de trânsito (ARAÚJO JUNIOR et al. 2011). As quedas referem-se a 21%, os acidentes com mergulhos 10% e por fim acidentes de trabalho ou prática esportiva, os quais se referem a 4% dos TRM (CARDOZO-GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001). Os acometidos por TRM são diversificados quanto ao sexo, idade, causas, nível da lesão e gravidade do trauma. Entre as principais causas de TRM destacam-se os acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa, ferimentos por arma de fogo e ferimento por branca (PICKETT et al, 2006).

As manifestações clínicas irão depender do nível e do grau da lesão. De acordo com o grau podem ser classificadas em completas, na qual há perda sensitiva e motora total abaixo do nível da lesão devido à interrupção completa dos segmentos nervosos. Incompleta quando decorrente da interrupção parcial dos segmentos nervosos e a função motora e/ou sensitiva abaixo da lesão podem estar preservadas (CEREZETTI et al. 2012). Quanto ao nível da lesão, o TRM pode resultar em uma tetraplegia, na qual há comprometimento dos membros superiores e inferiores e ocorre a partir de uma lesão cervical. A paraplegia, quando há comprometimento apenas dos membros inferiores, resultante do trauma de segmentos torácico, lombar ou sacral (SILVA et al. 2012).

Quando o processo de instalação ocorre de forma traumática gera o quadro clínico denominado choque medular. Neste, pode-se observar paralisia flácida e anestesia abaixo do nível da lesão, além de alterações esfinterianas, sexuais e na termoregulação. Se a lesão na medula comprometer segmentos cervicais ou torácicos altos, também podem ocorrer problemas respiratórios (CEREZETTI et al. 2012). Compete ressaltar que durante a etapa de choque medular, pode existir falta de reflexos, sendo impossível durante este tempo prognosticar se a injúria é completa ou incompleta. Em qualquer caso de TRM seja ele traumático ou não, ocorrem dificuldades de ajuste à nova condição, o que ocasiona abalo psicológico, cuja superação vai depender da característica psicoemocional de cada um, além da

dinâmica familiar, história de vida, entre outros fatores ambientais e comportamentais (BRASIL, 2013b).

Quando uma incapacidade se instala em um membro da família, ocorrem desgastes sentimentais e financeiros, além da necessidade de uma nova organização da estrutura e atividades dessa família. Outro aspecto importante consiste na independência cultivada como um valor, instigada e robustecida em todas as fases da vida durante a evolução do ser humano, e em contraposição a essa definição, a dependência representa o encarceramento do indivíduo às qualidades de outros e diante da sujeição ao domínio do cuidador, o que comumente provoca a diminuição do amor-próprio, desanimação e abatimento (RIBERTO et al. 2007).

As pessoas tem necessidade de manter relacionamentos e também de se sentirem aceitos e queridos. Quando afetada por uma lesão neurológica o indivíduo passa por um momento muito difícil, sentindo-se deslocado da sociedade, com a qualidade de vida comprometida não somente devido ao acometimento físico, mas também emocional. A sexualidade possui peso expressivo a ser considerado em uma reabilitação e deve ser vista como parte indispensável de uma existência com qualidade de vida e reinserção na sociedade (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007). Apresentam sentimentos de angústia, descrença, ansiedade e desespero mediante a necessidade de recomeço de sua vida sexual. O suporte emocional e a autoestima são esteios de grande significância nesse processo, pois alimentam a confiança (GARRETT; TEIXEIRA; MARTINS, 2007).

Em especial durante a fase de descobrimento das sequelas as pessoas com TRM encaram muitas dificuldades. A ausência de estrutura da maioria dos serviços de saúde disponibilizados, somado aos aspectos burocráticos existentes, além do despreparo técnico e humano dos profissionais. Como a cura é impossível, o enfoque deve ser no sentido de amparar e fortalecer a família no enfrentamento de suas ocupações cotidianas, instituir relação de auxílio para que unidos, profissionais e família, possam colaborar efetivamente ao longo do processo de readequação à nova condição de vida do grupo em referência (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007).

### 3.2 Sexualidade

Com a teoria da diferença sexual e da feminilidade com a história do amor de Édipo, na qual a menina divide-se em duas fases, sendo a primeira, onde a mãe consiste no elemento de amor da menina e seu clitóris. Já na segunda, o pai é o elemento de amor e a região erógena é a vagina. Esta alteração de elemento de amor seria absolutamente relacionada à descoberta da identidade da menina e da mãe como seres castrados, depostos de pênis. Ao compreender ter sido nascida da mãe sem pênis, a menina lhe atribui culpa e a desvaloriza, podendo ser induzida a três desfechos possíveis: a inibição sexual e a neurose, a virilidade feminina e a maternidade (FREUD, 2009).

O significado da cultura a propósito da sexualidade quando fala a respeito da maneira como a sociedade ocidental inseriu no decorrer dos séculos ferramentas para abranger seu enorme anseio de saber sobre o sexo como por exemplo a medicina, especialmente a psiquiatria, e atribuiu como sendo uma forma de prazer não destinada aos operários da sociedade capitalista (FOUCAULT, 2010).

O conceito sexualidade adquire conotações diversas e em conformidade com os significados e os sentidos que lhe são atribuídos pela cultura em que as pessoas estão inseridas. A Sexualidade pode envolver as atividades sexuais biológicas tanto masculina ou feminina o que influencia o modo como a pessoa reage aos outros e como é percebida por eles (SMELTZER et al. 2011), sendo uma dimensão muito importante do ser humano pois envolve personalidade e comportamento, de modo que a feminilidade e a masculinidade são expressas não só no aspecto físico, psicológico e comportamental, como no estilo de vestuário, na comunicação verbal e não verbal e nos papéis assumidos na família e na sociedade (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Parte fundamental da personalidade de cada ser humano, a sexualidade é um aspecto natural e precioso da vida, ou seja, parte essencial e fundamental de nossa humanidade (CARNEIRO et al. 2012), com definição abrangente e difusa, pois não pode ser compreendida apenas por seus aspectos genitais e biológicos. A sexualidade é expressa de diversas maneiras, desejos, sentimentos, pensamentos, emoções, atitudes e comportamentos a partir de diferentes contextos de momentos históricos e culturais, enquanto que o conceito de sexo prioriza os aspectos da reprodução e do prazer sexual referindo-se às questões genitais (ANDERSON,

2000; BLACKBURN, 2002; MAIA, 2012). Entende-se por imagem corporal aquela representação individual que se tem do próprio corpo. A figura construída é composta a partir de uma referência cultural e social, não continuamente ajustada com a autêntica, entretanto incluída ao fantasioso ou aquilo que socialmente é desejável (MAIA, 2012).

A sexualidade do ser humano é um assunto desafiante aos profissionais de saúde, porque, além da difícil abordagem do assunto, existe uma clara insuficiência de ferramentas que ajudem na análise precisa das disfunções sexuais, e de modo geral, as lamentações das mulheres são fundamentalmente efetuadas na clínica, sem qualquer método, através do auto relato das pacientes. Partindo desse ponto, ferramentas autoaplicáveis e que contenham todas as extensões do funcionamento sexual devem se tornar um formidável instrumento no diagnóstico de problemas sexuais e colaborar na conquista daqueles que enfrentam esses problemas (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

### 3.2.1 Sexualidade e TRM

Entender a sexualidade como originada além do órgão genital, mostra um aspecto social que consiste no aparecimento da sexualidade vinculada ao amor e distintos sentimentos. As implicações descobertas demonstraram que o começo da experiência sexual da mulher depois da lesão medular contém diversos conflitos, pois elas têm receio de não poderem mais se manifestar sexualmente, existe o temor do abandono por seus companheiros ou da possibilidade de ter um namorado se extinguir. Entretanto esses temores são evanescidos quando elas começam a ter aceitação de si mesmas, na verdade quando começam a transcender a deficiência e buscam sua potencialidade remanescente se concretizar transformando em atuação social e desempenho afetivo, deste modo se resume em uma compreensão positiva da nova representação corporal (CARNEIRO et al. 2012).

As alterações sexuais decorrentes do trauma não são, em princípio, as principais preocupações das pessoas com TRM. Inicialmente passam pela fase de aceitação e conscientização da lesão, e depois é que aparecem o interesse e preocupação com as consequências que sucedem a lesão (LOURENÇO, 2008). É comum notar questionamentos acerca de determinados aspectos entre as mulheres com TRM, os quais em geral consistem em aspectos relacionados à sexualidade e

reprodução, ao passo que este evento provoca alteração direta nos processos fisiológicos, sendo que, no exercício da sexualidade a disreflexia autonômica é a que mais pode acarretar constrangimentos (CARVALHO et al. 2010).

A mulher acometida por TRM sente o corpo diferente em razão das restrições que possui, o qual também é socialmente entendido como um corpo diferente do considerado normal, entretanto é necessário aceitar outras formas para o corpo procurando manifestar a normalidade inclusa à diferença que se mostra em seu corpo, visto que, a sexualidade é muito mais ampla que somente impulsos biológicos, pois reflete a experiência e autoconsciência do indivíduo, ou seja, a pessoa percebe, sente, pensa e ama, sendo assim, esta pode ir além e afetar o ser humano em sua totalidade (CARNEIRO et al. 2012).

O exercício sexual é primordial não somente para reproduzir, mas ainda para a autossatisfação. O indivíduo acometido por TRM pode ser animado e amparado para restaurar seu desempenho sexual, visto que a condição psicológica tem importante participação no desempenho da sexualidade, especialmente para as mulheres, as quais comumente são mais sentimentais. Desta forma se torna essencial que permaneçam tranquilas e sentindo-se bem enquanto ocorre o intercurso sexual (CAVALCANTE et al. 2008).

Apontar o retorno da prática sexual como difícil, retribui à consciência das restrições instituídas pelo TRM. A auto aceitação é depreciada, pois se tornam vítimas de seu próprio preconceito, bem como da sociedade, que uniformiza o bonito e o primoroso. Existem relatos de dificuldades biológicas sucedidas da lesão que atrapalhavam a atividade sexual, como, alterações intestinais, no trato urinário e restrição motora (CARNEIRO et al. 2012).

Sabe-se que um indivíduo que teve uma lesão na medula, além de alteração da locomoção, sensibilidade, desempenho intestinal e urinário, não dependente da área lesionada, ainda altera o desempenho sexual. Como cada pessoa é singular, uma injúria também se distingue de maneira singular e suas adulterações, comprometimentos e implicações são muito peculiares induzindo cada pessoa a reagir de forma distinta por mais parecida que constitua a injúria. Nas mulheres pode acontecer falta de sensibilidade, por conseguinte a falta do orgasmo vaginal ou clitoriano, porém a ovulação é conservada e próximo de três a quatro meses acontece o retorno do período menstrual, e com isso as condições físicas, reprodutivas se tornam aptas para engravidar (SODRÉ; FARO, 2008).



O TRM traz alterações tanto na função sexual quanto em outras manifestações clínicas que interferem no intercuro sexual e estão relacionadas com a perda do controle intestinal, da bexiga e alterações na sensibilidade (CARNEIRO et al, 2012). Para muitas mulheres a uma diminuição ou perda da sensibilidade geniturinária é um dos maiores impactos do TRM e conseqüentemente, essa alteração pode levar à incontinência urinária e caracterizar possivelmente a maior razão de restrição e esquivo em relação a atividade sexual (ISHIBASHI; OLIVIERI; COSTA, 2005).

Em decorrência dos agravos neurológicos, a mulher com TRM sofre alterações na sua função sexual, como no orgasmo e fertilização, os quais dependem do grau e nível da lesão (CARVALHO; DAMASCENO, 2003). A dificuldade para atingir o orgasmo muitas vezes pode advir da dificuldade de aceitação e também da disreflexia autonômica (DA), condição clínica que pode aparecer durante a relação e causar alterações no sistema autônomo, como por exemplo, na pressão arterial. Constata-se ainda diminuição da capacidade de lubrificação vaginal (SIPSKI; ALEXANDER; ROSEN, 1995). A lubrificação vaginal psicogênica, ou seja, provocada por estímulos indiretos, está atrelada a preservação da sensibilidade superficial nos dermatomos T11-L2. Já a reflexa, provocada por estímulos diretos de contato na região genital, aos dermatomos S2-S4 (FORSYTHE; HORSEWELL, 2006).

### **3.3 Reprodução**

Pode-se falar que a habilidade de gestar é considerada extremamente significativa por qualquer mulher, tanto do ponto de vista emocional e social como também físico/fisiológico (CARVALHO et al. 2010), sendo assim, a experiência de uma gestação é importante e está inserida na etapa de aprendizado da sexualidade, que assume contornos singulares no contexto da cultura sexual brasileira, envolvendo complexas interações entre homens e mulheres, o que torna necessário situá-la no quadro das relações e seus papéis e gêneros (HEILBORN, 2003). Decorrente da formação humana, espiritual e intelectual, as pessoas aplicam diferentes valores à experiência da maternidade. Em algumas sociedades, a gestação é entendida pelas mulheres como forma de conceder um filho à família e ao parceiro (ORÍÁ; XIMENES, 2006).

### 3.3.1 Reprodução e TRM

É fundamental lembrar que, logo após o trauma, durante o período de choque medular, ocorre amenorréia, fase apresentada na literatura com variação de um a seis meses, que impossibilita a gravidez. Após esse período variável, a mulher retorna às condições favoráveis para uma gravidez (CAMPOS; RAMOS, 2003). O nível da lesão não influencia a duração da amenorréia ou a ocorrência de gravidez. As mulheres que apresentam amenorréia transitória após TRM podem conseguir gravidez bem sucedida (BUGHI et al. 2008).

A gestação para mulheres sem nenhum acometimento neurológico inspira cuidados preventivos para garantir a boa saúde materno-infantil. Quando analisados na mulher com TRM, esses cuidados devem contemplar além destes, também os fatores de interferência que o trauma pode exercer sobre a gestação (CARVALHO et al. 2010).

A disreflexia autonômica na gestação ou no nascimento pode proporcionar perigo de morte para a mulher. A utilização de anestesia peridural é considerada um procedimento de precaução desta, seja no parto natural ou na cesariana. Embora o nascimento do tipo cesariano seja narrado pelos estudos disponíveis como o mais comumente empregado ainda na probabilidade do normal, em tese, o tipo de parto deve ser determinado a partir da condição obstétrica da gestante e vitalidade fetal (CARVALHO et al. 2010).

A fecundidade e o procedimento de fertilização não permanecem decompostos na mulher que sofre de lesão medular. De tal modo, ela poderá fertilizar de forma normal desde que apresente acompanhamento e ganhe direções apropriadas a respeito dos cuidados específicos indispensáveis para uma gravidez pacífica, que consistem praticamente nos mesmos de uma mulher não gestante com dano medular (CAVALCANTE et al. 2008).

Relativo ao aspecto físico, os traumas completos da medula não inibem as contrações uterinas. As contrações podem ser percebidas pela verificação de espasmos musculares abdominais ou dos membros inferiores, e ainda por aumento da pressão na região da pelve. Entretanto, pacientes com TRM acima de T10 não conseguem identificar o momento do parto (BAKER; CARDENAS, 1996).

A dilatação cervical quando as mulheres sentem dor e desconforto durante as contrações uterinas é sentida por mulheres com lesão abaixo de T12. Se faz

necessário o monitoramento das contrações a partir do sétimo mês, por razão da fraqueza muscular abdominal. No parto vaginal pode ser necessário o uso de recurso de assistência como o fórceps e a episiotomia (CROSS, 1991).

O grande número de mulheres com TRM indica a necessidade de um acompanhamento mais próximo destas. Principalmente quanto ao processo de reabilitação da sexualidade propriamente dito, que há tempos, é considerado pelos profissionais de saúde como algo secundário no processo de reabilitação (SODRÉ; FARO, 2008).

### **3.4 Teoria das Representações Sociais**

A Teoria das Representações Sociais (TRS) busca conhecer os fenômenos de representação social. São estabelecidos nos universos consensuais de pensamento e os objetos de pesquisa referentes aos fenômenos de representação que são elaborados nos universos reificados da ciência, simplificando a realidade para compor o senso comum e o fenômeno de representação social para tornar-se um objeto de pesquisa compreensível (SÁ, 1998).

#### **3.4.1 Representações Sociais**

Mencionada pela primeira vez por Moscovici, em seu estudo sobre a representação social da psicanálise, com título: *Psychanalyse: son image et son public* na qual apresenta um estudo da maneira que a psicanálise, ao sair dos grupos fechados, adquire um novo significado pelos grupos populares. A TRS surgiu após a II Guerra Mundial, motivado a vincular as Ciências Psicológicas e Sociais, diferente das demais teorias que não explicavam a realidade em outras dimensões, como é o caso da dimensão histórico-crítica (FARR, 1995).

A TRS proporciona explicações sobre a feitura do saber não científico e tem como uma de suas principais finalidades tornar um objeto não familiar algo conhecido para os agentes sociais que o representam (ARRUDA, 2002).

Baseado na TRS proposta por Moscovici (1978) pode-se afirmar que as Representações Sociais são elaborações de pessoas de um mesmo grupo tendo como objetivo, estabelecer comunicação e comportamento entre eles (CAMPOS, 1998), ou seja, são conjuntos de opiniões e explicações que podem ser entendidas

como senso comum e através das quais se interpretam e constroem realidades sociais (SÁ, 1996).

O formato de captar a representação social é a palavra, pois torna compreensível identificar as crenças, imagens e os símbolos compartilhados coletivamente, visto que toda representação é composta por linguagem e imagem, organizadas, socializadas e entendidas no contexto onde estão inseridos os indivíduos (MOSCOVICI, 1978).

Denise Jodelet (2002, p. 22) apresenta a definição mais aceita entre os pesquisadores ao afirmar que “As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.”

A representação social é vista como um estilo de conhecimento sociocêntrico, que segue as necessidades, interesses e desejos do grupo, introduzindo certa distorção com relação ao objeto em construção e desta forma modifica o arranjo ou o sentido do objeto para adaptá-lo aos desejos e necessidades de quem representa (JODELET, 1989). Portanto representar um objeto social é estabelecer formas de pensar e elucidar esse objeto/fato social e não somente a “incorporação do real”, conforme o dizer de Moscovici (1978, p. 58), o qual acrescenta ainda que,

representar uma coisa (...) não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstituí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo.

Dinâmicas, as representações provocam comportamentos e influenciam relacionamentos, os quais englobam ações que se modificam umas às outras. Essas não são simples opiniões a respeito de algo ou imagens de algum objeto, mas sim verdadeiras teorias construídas coletivamente, que se destinam à interpretação e à construção da realidade (MOSCOVICI, 2004). Moscovici refere à representação social como:

representando-se uma coisa ou uma noção, não produzimos unicamente nossas próprias ideias e imagens: criamos e transmitimos um produto progressivamente elaborado em inúmeros lugares, segundo regras variadas. Dentro destes limites, o fenômeno pode ser denominado representação social. Tem um caráter moderno pelo fato de que, em nossa sociedade, substitui mitos, lendas e formas mentais correntes nas sociedades tradicionais (MOSCOVICI, 2001, p. 63).

Possui outras quatro finalidades importantes em funções de saber, de orientação, identitárias e justificatórias (ABRIC, 1994) para desta forma, tornar familiar o que ainda não o é (FARR, 1995). Para fazê-lo, realizam-se ações mentais para aproximar, classificar, denominar e incorporar elementos novos ao dia a dia do indivíduo, ocorre inclusive a sua materialidade. Tornam-se, portanto, conhecidos e, por isso mesmo, não - ou menos - ameaçadores.

O saber popular é muito importante, pois através deste emergem questionamentos que inspiram pesquisas científicas na busca do entendimento de assuntos gerados no e pelo social. Esta compreensão remete a práticas sociais, que se manifestam em comportamentos de cuidados de saúde os quais podem funcionar como determinantes do seu estado de saúde (JODELET, 1985).

Por fim, pode-se afirmar que as representações sociais são essências verbais ou verbo-narrativos mencionados nos discursos e que demonstram o posicionamento sobre o assunto abordado (ALMEIDA, SANTOS, TRINDADE, 2011).

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Para descrever a realidade social e compreender a experiência vivenciada por mulheres após o TRM, acerca de sua sexualidade e reprodução, optou-se por desenvolver uma pesquisa de campo do tipo qualitativo descritivo conforme os pressupostos teórico-metodológicos da Teoria das Representações Sociais, que são modalidades de conhecimento prático orientado para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos (JODELET, 1985).

A pesquisa qualitativa é empregada em estudos nos quais se pretende incorporar a questão do significado e da intencionalidade como intrínsecos aos atos, às relações e às estruturas sociais, resultando em construções humanas expressivas (BARDIN, 2009). Assim, a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, fruto das interpretações que os participantes fazem de como vivem, constroem seus artifícios e a si mesmos, sentem e pensam (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Rio Verde, no Estado de Goiás. O estudo foi desenvolvido na Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV), que oferece vários serviços para portadores de deficiência sendo referência para estes.

A associação fundada em 25 de abril de 1992 é uma instituição sem fins lucrativos, políticos ou religiosos, composta dos que a ela se filiam, sem distinção de nacionalidade, credo ou raça. Tem por finalidade reunir pessoas portadoras de deficiência física para defesa de seus direitos e interesses específicos, proporcionando-lhes, de forma geral, melhores condições de vida (PAIXÃO, 2015).

Através de projetos e parcerias, o órgão iniciou com poucos recursos, mas conseguiu crescer com o passar dos anos e conta com cerca de nove mil associados e 12 programas atualmente, como por exemplo, o programa de

acessibilidade e transportes de Rio Verde, responsável por transportar deficientes até escolas, faculdades, clínicas, hospitais, dentre outras localidades e o reabilitar itinerante, projeto em parceria com as secretarias municipais de Promoção Social e Saúde com o Hospital Vila São Bento Cottolengo de Trindade- GO, com finalidade de atender deficientes físicos através da doação de aparelhos como próteses, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, muletas, bengala, entre outros equipamentos (PAIXÃO, 2015).

### **4.3 Amostra do Estudo**

Optou-se por compreender a experiência e perspectiva quanto à sexualidade e reprodução de mulheres que vivenciam as consequências de um TRM.

Nesse contexto, estabeleceu-se observar além do sexo (mulher), ter idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de TRM com tempo mínimo de um ano de ocorrência; vida sexual ativa antes do trauma e inserção na ADEFIRV. Foram excluídas as mulheres sem diagnóstico médico e aquelas sem condições cognitivas para se expressar verbalmente.

Para identificação das potenciais participantes, foi feito um levantamento no arquivo eletrônico da instituição e por meio da análise dos prontuários, feitas as identificações dos dados que subsidiaram os critérios de inclusão e exclusão, totalizando 12 mulheres. Nesta etapa foi estruturado um banco de dados de todas estas, o que possibilitou estabelecer o contato inicial.

Participaram do estudo 11 mulheres, visto que, no decorrer da coleta de dados uma delas veio a óbito.

### **4.4 Procedimentos do Estudo**

#### **4.4.1 Aspectos Éticos**

A pesquisa atendeu integralmente aos preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, Parecer Consubstanciado N° 922.869 em 09/12/2014 (ANEXO A). Assim, com vistas a manter anonimato e sigilo das

informações fornecidas, os depoimentos das participantes estão identificados com a letra M seguida de um número ordinal, de acordo com a ordem de participação das mesmas.

#### 4.4.2 Contato com Associação

Inicialmente, foi realizado contato com o responsável legal da ADEFIRV. Nesse momento foi reapresentado o projeto de pesquisa, uma vez que o estabelecimento tinha conhecimento prévio do mesmo, ocorrido por ocasião da assinatura da declaração de instituição coparticipante (APÊNDICE A), e comunicada a aprovação do estudo pelo CEP avaliador. Posteriormente a isso, foi comunicado quanto ao início da pesquisa e período previsto para a coleta de dados.

#### 4.4.3 Coleta de Dados

Durante a abordagem das potenciais participantes, foram fornecidas informações preliminares acerca da pesquisa e receberam o convite para participar. No caso de manifestação favorável e encaixe nos critérios de inclusão, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), o qual contém todo o detalhamento da pesquisa. Após a leitura do documento referido e retirada de dúvidas, quando existiam, livremente decidiram quanto à sua participação. Ao aceitar, conforme as condições de cada uma assinaram o documento em duas vias, sendo que uma ficou em posse da participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Em seguida, foi questionado quanto à melhor data e horário para o início da coleta de dados, que preferencialmente, deveria acontecer nas dependências do serviço em que se encontrava, sem que houvesse prejuízo das atividades programadas, observando-se, sempre, ambiente que ofereceu condições de privacidade à participante, ou seja, possa emitir as informações sem que seja interrompida.

Como instrumento de coleta de dados, optou-se pela ficha para registro de dados socioculturais (APÊNDICE C), a qual traçou o perfil do grupo e em seguida o questionário de evocação acerca de sexualidade e reprodução. O questionário de evocação (APÊNDICE D) utilizado consta de duas questões em que se emprega a



técnica de evocações livres. A participante foi questionada para evocar palavras ou expressões que lhe veem a cabeça quando escuta a expressão sexualidade e reprodução em mulheres com trauma raquimedular, inicialmente em seu próprio nome, condição conhecida como situação normal e que produz evocações tradicionais. Logo após em nome de terceiros, técnica identificada como de substituição. É utilizada para se produzir evocações a partir da redução de pressões normativas sobre a participante (ABRIC, 2005). Com isso, a verbalização de expressões tidas como contranormativas para a representação é projetada para outro grupo de pertença. O registro das evocações ocorreu diretamente no instrumento de forma manual pela participante e quando essa era impossibilitada, foi feito pela pesquisadora.

Logo após foi realizada a entrevista semiestruturada, conforme instrumento elaborado para fins do presente estudo (APÊNDICE E), cujo critério para o encerramento foi o oferecimento da entrevista para todas as mulheres com TRM registradas na ADEFIRV. Durante a entrevista foi utilizado um gravador portátil, sempre com autorização prévia das participantes. Em seguida, a digitação do conteúdo das gravações e evocações foi realizada na íntegra, para obter todos os detalhes das informações bem como sua confiabilidade.

#### **4.5 Análise dos Dados**

O conteúdo das entrevistas foi submetido ao software ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), versão 4.5, o qual se constitui como técnica computadorizada utilizada para análise de texto, a partir de uma grande quantidade de métodos estatísticos que se adequam à análise de discurso.

Tem como objetivo investigar a distribuição de vocabulário em texto escrito (KRONBERGER; WAGNER, 2002). De modo mais detalhado, o ALCESTE divide as entrevistas transcritas na íntegra, reunidas em um único corpus, este chamado de Unidades de Contexto Inicial (UCI) e em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que por sua vez são segmentos de textos, que são analisadas, de forma hierárquica e descendente, em classes de palavras, provenientes dos diferentes discursos, acerca de um tópico relevante (CAMARGO, 2005). Isso permite a identificação de eixos temáticos e sua(s) respectiva(s) classe(s).

O programa ALCESTE computa uma lista de correlações de palavras para cada classe. Isso é feito adotando-se como critério de força de associação entre elas um determinado  $\chi^2$ , sendo agrupadas na classe aquelas que ultrapassam esse referencial e, quanto maior esse valor mais relevante é a palavra para a construção da classe (CAMPOS; TORRES; GUIMARÃES, 2004; KRONBERGER; WAGNER, 2002). É importante salientar que a interpretação dos núcleos de sentido obtidos deverão ter interpretação a partir de julgamento teórico empiricamente justificado pelos pesquisadores, apoiados em outros métodos de análise de texto e de discurso (MIRANDA et al. 2008; CAMPOS; TORRES; GUIMARÃES, 2004).

Dito de outro modo, a partir da contextualização dos signos integrantes de cada eixo e classe é possível proceder a análise qualitativa, bem como sua nomeação. Os resultados dessa primeira análise são distribuídos em eixos com suas respectivas classes, que trazem consigo os signos que as representam e a variância explicável de cada uma, podendo ser apresentados em forma de tabela ou árvore – dendograma (CAMARGO, 2005).

No que diz respeito à análise das evocações, foram consideradas o número de palavras mais evocadas em nome próprio, ou seja, evocações tradicionais, que tiveram 50% de frequência. De modo similar foram avaliadas e ressaltadas as evocadas dadas em nome de terceiros, bem como suas justificativas.

## 5 RESULTADOS

Inicialmente optou-se por descrever aspectos socioculturais, econômicos e clínicos das participantes, para permitir a compreensão do contexto de vida e a história clínica vivenciada por mulheres com TRM participantes do estudo.

### 5.1 Síntese da Narrativa de Cada Entrevistada

#### ENTREVISTA COM M 01

Tem 67 anos, branca, ensino fundamental completo. Foi casada, mas ficou viúva antes da lesão. Católica, mora em residência própria na periferia da cidade com filho único, nascido antes do acidente. Aos 48 anos ficou paraplégica por lesão medular, nível L2, decorrente da queda de cavalo. Antes da lesão era costureira e agora se encontra aposentada. Vive da renda de 5 a 10 salários, incluso o do filho. Realizou tratamento psicológico com uso de medicação e terapia. Afirma nunca ter sofrido preconceito. Não faz uso de medicação contínua. Não tem vida sexual ativa. Relata como lazer ir ao shopping esporadicamente, menos que uma vez ao ano.

#### ENTREVISTA COM M 02

Com 38 anos, branca, possui ensino superior incompleto. Atualmente se encontra solteira, mas relata que na época da lesão estava no início de um namoro. Católica não praticante, mora em residência própria na periferia da cidade com seus pais e único filho nascido após o acidente. Relata ter ficado paraplégica aos 27 anos por lesão medular, nível T12, durante acidente automobilístico. Trabalhava como vendedora antes da lesão e agora esta aposentada. Diz viver da renda de 5 a 10 salários, em conjunto com a obtida pelos pais. Nunca realizou tratamento psicológico, entretanto disse já ter sofrido preconceito. Faz uso de medicação contínua para incontinência urinária e depressão (Cloridrato de Oxibutinina e Imipramina). No momento diz não ter vida sexual ativa. Faz uso do DIU como método anticoncepcional. Quanto ao lazer, cita ir ao shopping mensalmente e anualmente em shows e danceteria.

### **ENTREVISTA COM M 03**

A participante M03 está com 40 anos, se declara cor branca, cursou ensino médio completo. Viúva desabafa que, mesmo casada a mais de 10 anos, após a lesão enquanto ainda estava internada, seu cônjuge lhe traiu e faleceu pouco tempo depois. Espírita kardecista, mora em residência própria, esta localizada em bairro de região central da cidade com seus pais e filhos, todos nascidos antes do acidente. Aos 32 anos ficou paraplégica por lesão medular, nível T12, decorrente de acidente motociclístico. Não trabalha nem estuda no momento. Antes da lesão era vendedora. Vive da renda de 1 a 2 salários, incluso a dos demais moradores. Nunca realizou tratamento psicológico. Afirma não ter sofrido preconceito. Faz uso de medicação contínua para reposição hormonal (Levotiroxina Sódica). Mantém relações sexuais esporadicamente. Fez laqueadura de trompas. Relata como lazer somente ir mensalmente ao shopping e esporadicamente ao cinema.

### **ENTREVISTA COM M 04**

Aos 27 anos, a participante M04, de cor negra e ensino superior completo. Na época da lesão estava solteira e agora namora. Declara-se protestante, mora sozinha em residência alugada em condomínio fechado. Não têm filhos. Em consequência a um acidente automobilístico quando tinha 17 anos, ficou paraplégica por lesão medular no nível L2. Antes da lesão era estudante, agora está aposentada e joga pela Confederação Brasileira de Basquete em Cadeiras de Rodas (CBBC). Prefere não declarar sua renda. Nunca realizou tratamento psicológico, embora relate já ter sofrido preconceito. Devido incontinência urinária, faz uso de medicação contínua (Cloridrato de Oxibutinina). Exerce sua vida sexual normalmente. Como método contraceptivo utiliza pílula anticoncepcional. Relata como lazer somente ir mensalmente ao cinema e anualmente em shows.

**ENTREVISTA COM M 05**

Possui 80 anos, cor branca, cursou ensino fundamental incompleto. Atualmente viúva, relembra entristecida a morte do esposo, o qual já não estava presente na ocorrência do TRM. Protestante. Reside na periferia da cidade em casa própria com o genro e um dos seus cinco filhos, todos nascidos antes do acidente. Aos 57 anos ficou paraplégica por lesão medular em nível T2, resultante de acidente automobilístico. Sempre cuidou do lar, agora está aposentada. A renda familiar geral da casa corresponde de 1 a 2 salários. Nunca realizou terapia, como também não sofreu preconceito. Em razão de bexiga neurogênica usa medicação contínua (Cloridrato de Oxibutinina). Afirma não ter vida sexual ativa. Diz não ter nenhuma forma de lazer.

**ENTREVISTA COM M 06**

Com 57 anos, negra, ensino médio completo. Casada, M06 lembra que na época em que ocorreu a lesão havia apenas três anos de união. Inclusive no momento do acidente praticava sexo oral. Protestante, mora com seu cônjuge na periferia da cidade em sua casa própria. Não têm filhos. Ficou paraplégica aos 43 anos, devido lesão medular em nível T10, após acidente automobilístico. Na ocasião era empresária e agora se encontra aposentada, com renda de 1 a 2 salários incluso a do cônjuge. Nunca fez tratamento psicológico nem sofreu preconceito. Usa medicação contínua para reposição do cálcio e anti-hipertensivo (Carbonato de Cálcio com Ácido Ascórbico e Lozartana). Desde a ocorrência do TRM nunca mais teve vida sexual ativa. Como lazer cita a prática de esportes semanalmente.

**ENTREVISTA COM M 07**

Com 28 anos, de cor branca, ensino superior completo. M07 atualmente está casada. Reside em casa própria situada na periferia da cidade com seu cônjuge e único filho, que nasceu após o acidente. Declara ser protestante. Oito anos atrás, se envolveu em um acidente automobilístico, no qual sofreu lesão medular em nível T12 e tornou se paraplégica. Atuava como design em uma confecção e agora trabalha como bancária. Refere renda familiar total de 5 a 10 salários. Já passou por tratamento psicológico com medicação associada. Expõe ter sido vítima de preconceito. Faz uso de medicação contínua para bexiga neurogênica (Succinato de Sulifenacina). Relata vida sexual ativa. Como método anticoncepcional utiliza o dispositivo intrauterino (DIU). Narra as atividades de ida ao cinema, shopping e prática de esportes semanais, como também frequentar shows, como formas de lazer.

**ENTREVISTA COM M 08**

Possui 25 anos, parda, ensino médio completo, solteira, católica. Mora atualmente em casa própria localizada na periferia da cidade com parentes e seu único filho, o qual nasceu antes da lesão. Relata que perdeu outro filho no parto, este último já depois do acidente e com a lesão instalada. Aos 23 anos ficou paraplégica em razão de lesão medular no nível L2, decorrente da queda de uma bicicleta. Antes da lesão era jovem aprendiz e agora está aposentada. Vive da renda de 2 a 5 salários incluso a dos demais moradores. Expõe ter realizado terapia, mas nunca vivenciado o preconceito. Usa continuamente pílulas anticoncepcionais somente para regulação do ciclo menstrual. Afirma não ter vida sexual ativa no momento. Como forma de lazer cita a ida ao cinema, shopping e shows no mínimo anualmente.

**ENTREVISTA COM M 09**

Neste momento com 35 anos, declara ser de cor parda, ter ensino superior incompleto. Divorciada atualmente, narra que no momento mais difícil da sua vida foi deixada por seu esposo. Declara ser protestante. Vive em residência própria localizada na periferia da cidade com seu único filho, este nascido antes do acidente. Aos 27 anos ficou paraplégica após lesão medular no nível T10, em consequência de acidente automobilístico. Trabalhava como vendedora e agora está aposentada. Possui renda de 1 a 2 salários, sendo esta exclusivamente de sua aposentadoria. Já realizou terapia para tratamento psicológico. Diz ter sido vítima de preconceito. Não faz uso de medicação de uso contínuo. Relata que após a lesão nunca mais teve relações sexuais. Quanto ao lazer, cita ir semanalmente ao shopping.

**ENTREVISTA COM M 10**

Hoje com 19 anos, parda, ensino médio completo, solteira e protestante, M10 mora com seus pais em residência própria na periferia da cidade. Não têm filhos. Ficou paraplégica aos 17 anos, devido lesão medular no nível T10, que ocorreu em um acidente automobilístico. Era estudante e agora não trabalha nem estuda. Vive da renda de 1 a 2 salários de seus pais. Nunca realizou tratamento psicológico, nem foi vítima de preconceito. Não faz uso de medicação de uso contínuo. Desde a lesão até o momento continua solteira e diz não ter vida sexual ativa. Como forma de lazer cita a ida ao shopping e cinema no mínimo anualmente.

### ENTREVISTA COM M 11

A participante M11 possui 29 anos, de cor branca, cursou ensino superior completo. Hoje está namorando, mas expõe que na época da lesão era casada e por não suportar o constante abandono do cônjuge acabou pedindo a separação. Católica não praticante reside em casa própria localizada em bairro no centro da cidade com seus pais e dois filhos, estes nascidos antes do acidente. Aos 23 anos ficou paraplégica por lesão medular, nível T09, decorrente de ferimento por projétil de arma de fogo (PAF) em um disparo acidental. Antes da lesão era agente prisional e agora está aposentada. Cita jogar basquete. Conta que leva uma vida sexual ativa. Prefere não declarar sua renda. Relata ter usado medicamentos para tratamento psicológico e ser vítima de preconceito. Usa medicação para evitar convulsões e bexiga neurogênica (Carbamazepina e Succinato de Sulifenacina). Possui laqueadura de trompas. Como forma de lazer cita a ida mensal ao shopping e anual ao cinema.

## 5.2 Caracterização das Participantes

Participaram do estudo 11 mulheres com idade variada de 19 a 80 anos com predomínio etário de 21 a 30 anos, em quatro delas. Todas ficaram paraplégicas devido a TRM, com lesão em diferentes níveis na coluna tóracolombar, entre T9 e L2. Apresentaram como causa predominante os acidentes de trânsito, sendo sete automobilísticos e um motociclístico. Das demais causas, duas foram devido a quedas, uma delas de bicicleta e outra de cavalo, por último uma atingida por projétil de arma de fogo. O tempo de ocorrência da lesão variou entre 2 e 23 anos, com média de 12,5 anos. A totalidade das entrevistadas reside na zona urbana do município de Rio Verde – GO.

Quanto à escolaridade, todas são alfabetizadas. Especificamente, cinco referiram estudos em nível superior, uma delas incompleto; no decorrer de suas falas, duas delas enfatizaram ter concluído o nível superior após o trauma. Quatro disseram ensino médio completo, uma ensino fundamental completo e uma delas cursou o ensino fundamental incompleto.



Acerca da raça, seis se declararam de cor branca, três pardas e duas negras. Quanto à religião, a maioria, sendo seis delas, declarou professar a religião protestante. Entre as demais, duas referiram ser católicas, duas católicas não praticantes e uma espírita kardecista. Majoritariamente nasceram no Estado de Goiás, 10 delas, em cidades do interior. A maioria das integrantes (oito) reside em casa própria localizada na periferia da cidade.

No que se referem à situação conjugal atual, três estão solteiras, três viúvas, duas casadas, outras duas namoram e uma é divorciada. No tocante a relacionamentos afetivos, no momento da entrevista, mais da metade tem companheiro, e cinco responderam negativamente. Quanto aos filhos, a maioria das entrevistadas (oito) tiveram filhos. Dessas, cinco tiveram apenas um filho, duas tiveram dois e uma delas, cinco filhos. Entre as oito participantes que já tiveram filhos, a maioria (seis) foi antes da ocorrência do trauma, e duas delas engravidou e teve o filho após o TRM.

Como meio principal de informação, a *internet* foi citada por seis mulheres, seguido de televisão (cinco). Relativo às atividades de lazer, o passeio ao shopping foi à atividade mais praticada por oito delas, com frequência variável, de semanal a anualmente.

Quanto à necessidade de realizar tratamento psicológico, seis disseram não terem tido a necessidade de realizar nenhum tipo de tratamento psicológico, duas tratamento apenas com medicação, outras duas apenas com terapia e uma apenas medicamentoso. Sete delas têm acesso a plano de saúde.

As palavras difícil, sofrimento e solidão foram as mais evocadas em nome próprio, as quais aparecem no quadro 1, assim como as justificativas apresentadas para as mesmas.

**Quadro 1** – Evocações e Justificativas apresentadas em nome próprio para os signos difícil, sofrimento e solidão

<b>Evocação</b>	<b>Justificativa</b>
Difícil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As pessoas hoje gostam só de ter vida fácil às custas da outra pessoa, eu não tenho confiança em outra pessoa pra companhia.</li> <li>- Por causa da lesão, a vida fica mais complicada.</li> <li>- Pelas limitações da lesão, pela dependência das outras pessoas.</li> </ul>
Sufrimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelas limitações físicas que a mulher possui.</li> <li>- Por causa da situação, pelo trauma que eu passei, medo de passar novamente pela situação.</li> <li>- Pelas limitações da lesão, pela dependência das outras pessoas.</li> </ul>
Solidão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porque os homens não iam querer ficar com estas mulheres</li> <li>- Porque a família é desunida, ninguém vem me visitar e por estar assim não consigo reunir a família.</li> <li>- Necessidade de ter filhos, família, companheirismo.</li> </ul>

As evocações proferidas em nome de terceiros estão apresentadas no quadro 2, bem como as respectivas justificativas.

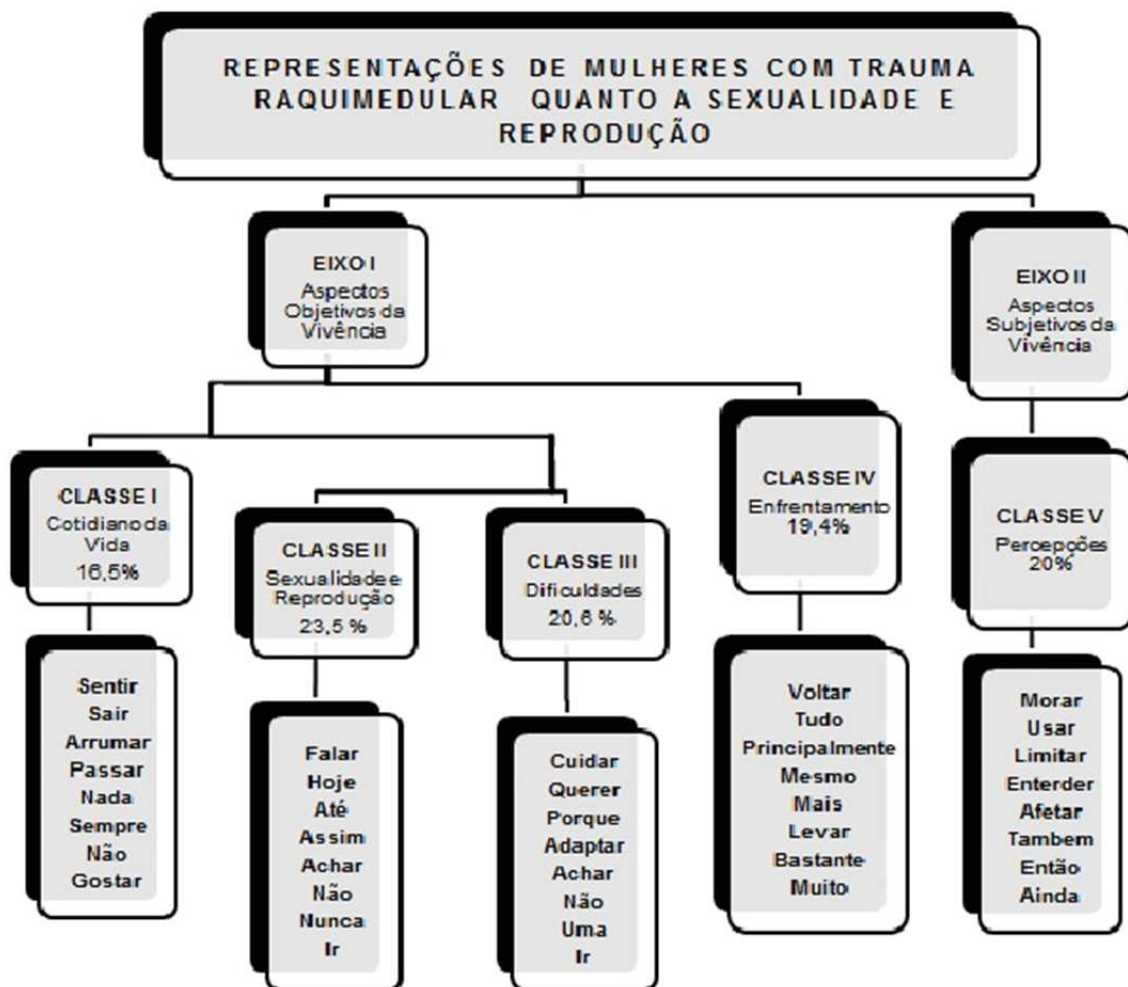
**Quadro 2** - Evocações e Justificativas apresentadas em nome de terceiros para as palavras dificuldade, incapaz e preconceito

<b>Evocação</b>	<b>Justificativa</b>
Dificuldade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por causa da lesão neurológica elas pensariam que estas mulheres não teriam capacidade.</li> <li>- O fato de utilizar uma cadeira de rodas ou outro auxílio para locomoção poderia limitar uma mulher a se reproduzir ou até mesmo ter vida sexual ativa.</li> <li>- Muitas pessoas acham que você não tem vida sexualmente ativa por causa da lesão, que perdeu toda sensibilidade. Isso varia de acordo com o nível da lesão!</li> </ul>
Incapaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muitas pessoas acham que o fato de andar são melhores.</li> <li>- As outras pessoas acham que pela lesão somos incapazes.</li> <li>- Acreditam que é impossível uma mulher na cadeira ter um filho. Algumas pensam que elas são inférteis mesmo.</li> </ul>
Preconceito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porque as pessoas tem preconceito suficiente para achar que não temos a sexualidade normal.</li> <li>- Porque as pessoas são maldosas.</li> <li>- Porque eles pensariam que era uma pessoa velha e fraca.</li> </ul>

O *corpus* submetido ao software para análise identificou 11 UCI, com divisão em 231 UCE. Na verificação imediata, constata-se dendograma (figura 1) com dois

eixos e cinco classes. Primeiramente foi dividido em dois sub *corpus*, e um deles foi dividido em outros dois, com isso o surgimento da classe IV. Num terceiro momento, as partições originam de um lado as classes II e III, e *do outro* a classe V.

**Figura 1.** Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas de mulheres com trauma raquimedular sobre as implicações na sua saúde sexual e reprodutiva.



Conforme a Classificação Hierárquica Descendente o dendograma apresenta dois eixos e cinco classes. O eixo I foi denominado aspectos objetivos da vivência após TRM, a partir dos conteúdos tratados em cada uma delas vinculadas ao mesmo, quais sejam classe I, II, III e IV, respectivamente, cotidiano da vida após TRM, sexualidade e reprodução, limitações e dificuldades, enfrentamento após TRM. No eixo II, identificado como aspectos subjetivos da vivência após TRM,

aparece a classe V, com a respectiva denominação de percepções após TRM.

No conjunto da análise do Eixo I, verifica-se enfoque de temática mais voltada às questões objetivas relacionadas à vivência após o TRM. Evidencia situações que exigem a necessidade de completa readaptação, tanto no que se diz respeito a sua nova condição física, aqui incluídos aspectos relacionados ao exercício de sua sexualidade e reprodução, quanto ao modo de conviver em família e sociedade.

De modo mais pormenorizado, a classe I, a qual participa em 16,5% do *corpus*, aborda temas do cotidiano da vida após TRM, enfocados com mais intensidade pelas participantes M2, M5 e M10. Concentra o maior percentual de participação a classe II (23,5%), que agrupa informações relativas a abordagem dos temas sexualidade e reprodução, com enfoque por parte de todas as participantes mas, com destaque para M6, M7 e M9. Ainda integrante do Eixo I, com 19,4% do enfoque total, a classe IV trata do enfrentamento após o trauma raquimedular, principalmente mencionado por M3, M6 e M8. Classe III trata das muitas dificuldades vividas desde a instalação da sequela, tema que corresponde a 20,6% do *corpus* e maior ênfase nos discursos de M1 e M7.

No que se refere ao Eixo II, observam-se aspectos subjetivos quanto à situação na qual se encontram, no caso, circunstanciado pelo TRM. Aparecem representações do que outras pessoas pensam, bem como a percepção que fazem frente à própria condição. Deste eixo surge a classe V intitulada como percepções após TRM, a qual corresponde 20% no *corpus*, grande parte presente nos discursos de M4 e M11.

Na classe I, foram selecionadas 18 palavras, sendo as principais, “sentir”, “sair”, “arrumar”, “passar”, “nada”, “sempre”, “não” e “gostar” estas relevantes na participação de M2, M5 e M10. Essa classe aborda, principalmente, situações cotidianas acontecidas após o trauma, em decorrência do mesmo. Relatam mudanças na vida, exigidas pelos padrões atuais em razão da nova condição física, estas temporárias ou não, com incidência em setores variados:

Após o trauma raquimedular, no cotidiano da vida, as outras pessoas, muita gente, não tem muito tempo pra conversar, pra vir na casa da gente. Assim.... [choro] (M1)

A vida após o trauma raquimedular, não é fácil adaptar, tive que reaprender tudo novamente, porque não conseguia nem sentar sozinha (M2)

Minha vida mudou completamente após o trauma raquimedular (M3)

Após o meu trauma raquimedular tudo mudou.... A rotina, as atividades, amigos e objetivos. Sim..., tudo se torna mais difícil em todos os sentidos! Então... É... É um processo muito complicado... (M4)

No cotidiano da vida, após o trauma raquimedular, a dificuldade que eu tenho é que eu não posso, eu não dou conta de levantar, a minha perna, meu nervo é atrofiado... (M5)

A vida depois do trauma raquimedular, olha... Não dou conta de fazer nada, sabe?! (M6)

Então... Pra mim, você reaprende a viver! (M7)

Minha vida depois do trauma raquimedular, assim, eu percebo bastante dificuldade em algumas atividades domésticas, que antes pra mim eram bem fáceis, né... De serem, assim, concretizadas né... Hoje já... Algumas são impossíveis né?!... E outras já têm alguma dificuldade de fazer... (M8)

Após o trauma raquimedular, a vida, eu acho muito difícil... Assim, locomoção... É, é, é... Limpar casa... Assim, serviços diários... (M9)

Depois do trauma raquimedular... É Normal...! O acesso a roupas, os lugares que a gente tem que subir, fica difícil... Banheiro... (M10)

Já estou tão acostumada com minha vida após o trauma raquimedular que me vejo normal como qualquer outro ser humano... (M11)

Inquestionavelmente, o TRM impõe inúmeras mudanças no dia a dia dessas pessoas para a realização de tarefas antes desempenhadas sem esforço.

Passei por cirurgias. Saí do hospital e fui para o CRER fazer reabilitação... Hoje consigo fazer tudo sozinha e faço muito mais do que muitas pessoas que estão andando... Me adaptei! Faço tudo sozinha, minha convivência é normal e limitações existem. (M2)

Não mexia nada, depois de três meses que comecei a me recuperar, fui melhorando.... Hoje só não mexo as pernas... No início... Eu não mexia nada... (M5).

Muita dificuldade em algumas coisas. Assim, locomoção... É, é, é... Limpar casa... Assim, serviços diários... (M9)

Algumas enfocam a repercussão do problema vivido, em proporções maiores ou menores, sobre o quesito vaidade, como se verifica nos trechos a seguir:

Sempre fui vaidosa... Dizem que as pessoas se arrumam pra outras pessoas, eu me arrumo pra mim, pra me sentir bem... Independente de sair ou não de casa, eu tenho que arrumar minhas unhas e meu cabelo nos finais de semana, nem que seja para dormir. Não gosto de ficar desarrumada! (M2)

Não perdi minha vaidade nem mesmo depois que tive esse problema de saúde. Graças a Deus! (M3)

Também questão de roupa, então, assim, às vezes, eu não podia usar um vestido porque eu tinha que usar o aparelho, a órtese e... E acabava que num dava um conjunto entendeu? Então me limitava muito também em relação a me vestir... Acabava usando mais tênis pra conforto, essas coisas assim... Então acabava me limitando muito em relação a isso... Hoje eu acabo me vestindo, tenho maior liberdade de me vestir sim, vestidos, sempre gostei de vestidos longos que eu acho bonito, acho mais mulher... Mas hoje acabo vestindo shorts, mesmo com a perna né a gente tem receio de perna fina, essas coisas assim, mas hoje acabo vestindo shorts e vestidos mais curtos. Visto salto alto na cadeira, dá pra vestir salto alto na cadeira pelo fato de eu ainda ter um equilíbrio de perna, assim... Então... Então... Com relação à *lingery*, quando eu namorava, bom... Eu vestia *lingery* mais sensuais assim... Antigamente eu usava mais shortinhos de renda que eu me sentia mais confortável (M4)

Eu me arrumava todo dia, eu achava, eu... Gostava... Não tenho mais... Pra mim, o mundo acabou... (M5)

Me sinto bonita, me arrumo, sinto vontade de me maquiar... Me vejo assim, bonita... (M10)

Também presente nesta classe, questões relacionadas ao lazer ou falta dele, no dia-a-dia a partir das novas condições impostas pelo TRM, como se nota nos relatos abaixo:

Eu nunca fui uma pessoa assim... Falar assim, ah não, eu sou festeira eu gosto de festa, não eu nunca. (M1)

Sempre gostei de festas, não estou saindo por que tive uma filha e estou curtindo ela. Por enquanto, não sinto necessidade de sair se a melhor companhia está ao meu lado o tempo todo... Passei um tempo sem ir em festas, porque sabia que não ia ser fácil ficar sem dançar... Você sai para ir no barzinho, o banheiro não tem adaptação. Às vezes, a cadeira não passa na porta, não tem rampas, só tem escadas e não tem elevador... Não é qualquer lugar que você pode frequentar, porque não tem adaptação adequada... (M2)

Pois é, tenho uma família enorme, mas ela não vem... (M5)

Vivo uma vida normal... Saio com os amigos... (M10)

Na classe II foram selecionadas 18 palavras, com destaque para as de maior frequência. Nas palavras sobressaídas aparecem “falar”, “hoje”, “até”, “assim”, “achar”, “não”, “nunca” e “ir”, presentes nos discursos de M6, M7 e M9.

A referida classe ilustra inicialmente experiências relacionadas à vida amorosa antes do TRM:

Minha experiência relacionada à sexualidade, ah, bem eu tive no meu casamento eu não, nunca foi oh Deus... Quando eu me casei, eu já era mãe

e... Então... Meu companheiro ele era uma pessoa muito... Como diz, que a gente vivia muito, uma vida boa de viver... Assim, a gente não durou muito tempo junto, porque ele ficou muito doente... Ah foi uma vida muito sofrida... Bem a gente não tinha muito... (M1)

Meu casamento durou mais de 10 anos (M3)

Antes do trauma raquimedular. Ah, eu sentia minha vida... (M5)

Questão de sexualidade olha... Eu... Eu... Eu, se não tivesse ficado com as pernas assim como... Como que fala a palavra... Paralisadas, eu acho assim que eu, eu andava mais sexy, mais bonita, mais bem vestida, assim bem sexy mesmo... (M6)

Minha sexualidade antes do trauma raquimedular.... Então, antes ééé era normal mas, assim, eu não tinha namorado assim fixo, eu não era muito de namorar, eu tinha um rolo aqui outro ali, então antes assim de eu ter um relacionamento sério, eu tinha vários parceiros e eu não tinha problema com isso, eu não fazia compromisso com ninguém e pra mim isso era tranquilo. Até era um motivo que eu não queria namorar, que eu acreditava que eu queria ficar assim mesmo. (M7)

Minha sexualidade, nem antes do trauma... Olha minha vida sexual nunca foi muito ativa... Né?!... Porque, nunca fui casada e só tinha namorados né?! Então, sempre fui mais prudente com relação à vida sexual. Nunca fui muito ativa não... (M8).

Minha sexualidade antes do trauma, eu acho que antes era assim.... Melhor. A gente se sente mais atraente, mais... Mais amada... (M9).

Em seguida, apontam aspectos da sua sexualidade e do exercício sexual, após o TRM.

Nunca mais tive nenhuma relação sexual. Não tenho nenhum desejo sexual. Ah não... Sabe como que é a gente como teve um, uma, uma vida normal antes disso e pra tá assim na condição que eu tô, nunca achei, não tem ninguém, assim, pra dar certo comigo não. Por exemplo, eu sou, tô cadeirante, mas se fosse só esse o meu problema eu até pensava! Depois que eu tive, que eu fiquei assim, paralisei, Eu não seguro o xixi tenho que usar fralda, e muitas coisas mais [choro]. (M1)

Não tenho vida amorosa, porque no momento estou sozinha. Namorado, só quis saber depois de dois anos de lesão, quando já estava um pouco independente, conseguindo fazer algumas coisas sozinha. [...] minha experiência com a sexualidade é diferente, porque agora tem algumas limitações. Limitações quanto à posição e como tive um pulmão comprimido, só um funciona, às vezes sinto falta de ar... Sempre! (M2)

Infelizmente após a doença, meu marido me traiu com outra mulher enquanto eu estava internada. Logo em seguida ele faleceu. Foi difícil lidar com a dor da traição no momento que mais precisei. (M3)

Eu não tive problema assim em relação a parte de cama... Essas coisas assim não... Foi até um tabu que eu quebrei, porque eu achava que eu coloquei um milhão de coisas na minha cabeça, mas acabou que não foi tudo isso, então acabei quebrando muitos tabus. Ainda bem, Graças a Deus, mas é o que eu falo, isso depende da pessoa que você pega e é uma

entrega, você acaba se entregando aos poucos e o outro lado também tem que te entender, então é você se sentir com liberdade com relação ao seu parceiro. [...] você acaba ficando ainda muito mais sensível em relação à parte amorosa. Hoje eu não estou namorando, mas você acaba conhecendo uma pessoa aqui outra ali... O recurso que utilizo para satisfazer minhas necessidades sexuais são os que todos casais utilizam mesmo!! (M4)

Minha vida amorosa é os meus filhos... Eu não tenho vontade de arrumar um novo marido, meu marido foi o único na minha vida, e assim é até hoje... Foi muito difícil ele... Perder ele no acidente. [...] ah, não dou conta de falar... Sobre minha sexualidade... (M5)

Ah... Minha vida amorosa... Olha meu marido é maravilhoso, é bom demais pra mim, só que tem que ele não me procura mais... Sabe?! Porque na hora que eu tive esse acidente, foi bem na hora que nós estávamos fazendo... Eu fazia nele... Sabe... Aí... Ele não me procura mais... (M6)

Minha vida amorosa tá bem... Eu sou casada já, vai fazer em março agora 6 anos de casamento... eu conheci meu esposo, meu futuro esposo, aí nós começamos a namorar e daí já ficamos juntos; desde então só tenho ficado com ele, pra mim foi muito tranquilo, ele me aceitou bem, nunca teve nenhum problema, as vezes uma posição, alguma coisa que me machucasse, ele nunca demonstrou nenhum incomodo pela minha condição.... (M7)

Minha vida depois disso ficou inativa... Vida sexual... Assim vida amorosa ficou inativa... Totalmente paralisada devido ao trauma. No momento, por incrível que pareça, não estou usando nenhuma estratégia, estou totalmente inativa mesmo em se tratando de vida sexual... A gente sente o desejo, mas não tenho vontade de usar de recursos para isso... Nem tenho vontade do sexo em si... (M8)

Não tenho vontade de sexo! Hoje em dia, não. Hoje em dia não sento atraente mais, por causa da sequela... Tem muitas limitações, muitas coisas que se fazia antes que agora não se pode fazer mais, que não tem jeito de fazer... (M9)

Eu ficava jogada, tive depressão porque meu esposo acabava saindo... Até que eu não aguentei mais e pedi a separação e fui pra casa da minha mãe, onde moro até hoje. (M11)

Estabelecem relações e julgamentos quanto ao exercício da sexualidade, os quais demonstram fragilidade e vulnerabilidade frente às novas condições impostas.

Nunca achei, não tem ninguém, assim, pra dar certo comigo não... (M1)

O homem que tem essa visão de que, de mulher peitão, mulher pernão, mulher bundão, mulher usando salto alto entendeu? Então na cadeira você não tem isso... Você acaba perdendo isso... Você tem sua beleza mesmo natural, né?! Você tem o seu carisma, mas o homem ainda não consegue enxergar isso. [...] isso depende da pessoa que você pega e é uma entrega você acaba se entregando aos poucos e o outro lado também tem que te entender. (M4)



Questão de sexualidade olha... Eu sou muito frienta... Eu durmo só de... Como fala essa roupa aqui... Eu durmo só de moletom... Ah... Eu queria ser assim mais alegre, eu tenho vontade de ser mais atirada... (M6)

Depois da lesão foi complicado porque eu fiquei com medo, a gente fica, porque o sexo está muito relacionado com o corpo né, então a gente fica com medo, porque o corpo todo mudou, porque agora você tem uma cicatriz, agora você não mexe, então tem umas coisas que fica muito difícil, então eu fiquei é, é, é, é quase um ano e meio sem relação sexual nenhuma. Aí eu conheci outro rapaz no SARAH\* também e ele era cadeirante, aí após a lesão a gente namorou e tal e após a lesão ele foi a primeira pessoa que eu fiquei. Assim melhorou um pouco a confiança, mas ainda ficou aquela dúvida né?! Porque eu achava que ele me aceitava, porque ele cadeirante também. Depois eu tive um breve relacionamento, uma experiência com colega de faculdade então que é andante, e pra mim não teve problema nenhum acho que pra ele também não, e foi muito parecido com o que eu tinha antes da lesão. (M7)

Minha vida amorosa está péssima... Não tenho relacionamento com ninguém, porque eu acho que ia me complicar agora. Nesse momento, minha locomoção é meio difícil sabe?! por isso, não vou mexer com isso...[...] hoje em dia não sinto atraente mais, por causa da sequela... Tem muitas limitações, muitas coisas que se fazia antes que agora não se pode fazer mais, que não tem jeito de fazer... (M9)

Percebe-se que, embora em minoria, algumas mulheres apontam ter vida sexual ativa e sem maiores dificuldades.

Conheci meu esposo, meu futuro esposo aí nós começamos a namorar e daí já ficamos juntos desde então só tenho ficado com ele, pra mim foi muito tranquilo, ele me aceitou bem, nunca teve nenhum problema, às vezes uma posição alguma coisa que me machucasse ele nunca demonstrou nenhum incomodo pela minha condição... (M7)

Mesmo nessa condição minha vida amorosa está ótima!!! Quanto à sexualidade assim... Após o trauma desde o início foi normal, porque era casada e me adaptei facilmente às formas e meu esposo também, e hoje que tenho a vida sexual melhor ainda!!! Minha vida sexual é ativa atendendo minha expectativa.... Estou namorando e está melhor ainda... (M11)

A maioria expõe a ausência de vida sexual e, por vezes, do desejo propriamente dito:

Nunca mais tive nenhuma relação sexual. Não tenho nenhum desejo sexual. (M1)

Não tenho vida amorosa, porque no momento estou sozinha. (M2)

Não sinto vontade de sexo... Então, não uso nada... Desde que meu marido morreu, eu nunca quis arrumar outro marido, não tenho vontade não... Eu não tenho vontade de arrumar um novo marido, meu marido foi o único na minha vida, e assim é até hoje... (M5)

---

\* Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

E eu não tenho vontade de sexo... Eu acho que não tem necessidade disso não.... (M9)

Não tenho vontade não sexo. (M10)

Além da sexualidade, nesta classe as mulheres apontaram questões ligadas à reprodução, como narrado nos discursos abaixo:

Filho, pra mim é a coisa mais linda... Ele foi uma criança que nunca me deu trabalho. Assim, falar assim não foi perdido não... Se a pessoa tem responsabilidade de ter e cuidar, acho que não tem uma vida melhor não!! (M1)

Sobre a reprodução, depois de 10 anos de lesão, tive uma filha, nasceu prematura... [...] tive minha filha. O pai dela não ajuda em nada, faço tudo pra ela e meu pai ajuda. No dia 15 de março completei 10 anos de lesão e uma semana depois, no dia 22 minha filha nasceu. Descobri que estava grávida com 30 semanas e ela nasceu com 33 semanas. Não tive sintomas de gravidez, vesti minhas roupas normais! A barriga não cresceu, não tive desejos... Corri risco no parto porque tinha perdido o líquido todo achando que estava fazendo xixi. Não sentia nada, pra mim estava tudo normal e já estava passando da hora do parto ser feito... (M2)

Você vê sua amiga, suas amigas casadas, suas amigas né... Tendo filho, minha irmã namorando, então isso hoje afeta muito, muito, muito, muito, muito a gente, principalmente dependendo do lugar onde você mora que as pessoas são extremamente limitadas. (M4)

Sobre reprodução, ah! Eu penso... Quando Deus dá a gente tem que... Deus dá porque a gente merece... Né?! Melhor aumentar do que faltar... (M5)

Reprodução... Acho que pra gerar filhos... Só pra ter filhos mesmo... (M6)

Independente disso, de você ter um trauma ou não, acho que a gente tem que pensar bem antes de por um filho no mundo porque a gente vê muitos casos de pessoas perdidas, de bandido, mas isso é falta de estrutura familiar de um apoio, então assim, muitas vezes, a mulher como se diz, assim dá por dá e aí fica um filho jogado no mundo, então eu sou contra isso, então assim eu acho que é uma coisa de muita responsabilidade, a gente tem que pensar bastante... (M7)

Ser mãe pra mim é ótimo, é maravilhoso né?! [...] por mim mesmo, por minha vontade, eu teria mais um filho... (M8)

Eu penso em não ter mais filhos... Filhos eu acho que é uma coisa assim pra sempre. Hoje eu não quero não... Eu acho que hoje eu tenho muitas limitações, então eu não quero, eu acho que filhos não é a coisa melhor no momento... (M9)

Não tenho vontade de ter filhos... Filhos eu não tenho vontade... Mas, quem tem assim, eu acho interessante... Até porque como eu disse, pela dificuldade de criar, educar... (M10)

Na classe III foram eleitas 20 palavras, com ênfase para as de maior frequência, como “cuidar”, “querer”, “porque”, “adaptar”, “achar”, “não”, “uma” e “ir”, estas exacerbadas nos discursos de M1 e M7.

Essa classe revela um espectro de limitações e dificuldades.

Você sai para ir ao barzinho, o banheiro não tem adaptação. Às vezes, a cadeira não passa na porta, não tem rampas, só tem escadas e não tem elevador... Não é qualquer lugar que você pode frequentar, porque não tem adaptação adequada... (M2)

Os fatores dificultadores são muitos... São inúmeras as dificuldades enfrentadas diariamente pelas pessoas com deficiência. Acessibilidade sem duvidas é a principal dificuldade. (M3)

Acabei tendo lesões no joelho, enfim e isso também me atrapalhava em relação ao cateterismo... Eu tinha que... Fazer no vaso, então acabava pegando muita infecção urinária... [...] Fora as outras coisas de uma lesão medular, que é uma bexiga neurogênica, que é a parte de... Do esfíncter, então isso te limita em muitas coisas no começo da lesão até você ter certo controle do seu corpo... (M4)

Agora como dificuldade, a maior é acessibilidade, 100% acessibilidade, 100%. As pessoas foram muito solícitas, então assim eu nunca fui num lugar que as pessoas não, não têm jeito. Mais assim, não adiantava nada eu chegar no restaurante que todo mundo me tratava muito bem, o garçom, o dono, não sei o quê, mas não tinha como eu ficar porque não tinha um banheiro adaptado e aí sem o banheiro você não pode beber um copo de água né?! Porque daí já dá vontade de ir no banheiro e aí como que vai?! Eu me lembro da cadeira quando eu vejo uma escada ou quando eu quero ir num lugar que não dá, porque o banheiro não é adaptado aí que eu lembro, mas no dia-a-dia assim é bem tranquilo, porque minha rotina já tá adaptada.... É... Eu vi um cadeirante, é falando uma vez uma frase ou não sei se ele escreveu no *facebook* que eu achava muito real, que a gente só lembra da nossa deficiência quando tem alguma limitação física assim de acessibilidade. (M7)

Dificulta devido ao cansaço... Locomoção. Adaptação aos lugares que a gente fica, e devido a dores que eu sinto. (M10)

As verbalizações acima sobre dificuldades vivenciadas após o trauma raquimedular são marcadas por um cunho negativo. De maneira geral, as mulheres acometidas apontam a falta de acessibilidade como sendo um dos principais fatores.

A dependência e preconceito, seja ele por terceiros ou próprio, são lembrados pelas entrevistadas.

Agora, de dificuldade, a coisa que eu mais acho difícil é ainda não dar conta de cuidar de mim sozinha, de tudo. Quando surgiu uma escara e nessa vez dessa escara quase que as pessoas tinham que cuidar de tudo, me levar no banheiro, eu não podia ir no vaso nada.(M1)

Das dificuldades, só assim... Só o fato de não mexer tudo mais... Ah... Ficar dependendo do meu marido né... Por exemplo, se eu preciso tomar um banho... Mô eu quero banhar, espera... Espera... Espera... Tenho que

esperar a hora que ele quer! Não dou conta de fazer nada, sabe?!... Meu marido que faz tudo... A única coisa que consigo fazer é o almoço e ainda com muita dificuldade... (M6)

Assim que eu soube do problema, eu fiquei muito complexada em relação a mim mesma e esse complexo me dificultou um pouco né?! Na reabilitação... Mas, assim que eu fui deixando de lado esse complexo, esse preconceito contra mim mesma, eu fui vendo novos horizontes pra buscar a cura, né?! (M8)

Eu acho que a separação foi algo muito difícil... A separação conjugal... Eu acho que o que dificultou muito foi a mudança da minha casa para a casa de outras pessoas. Ir pra casa de outras pessoas... Foi muito difícil!!! (M9)

O ruim, no início também a locomoção atrapalhou muito... (M11)

Em seguida, na classe IV foram eleitas 19 palavras, onde se destacaram as de maior frequência, que são “voltar”, “tudo”, “principalmente”, “mesmo”, “mais”, “levar”, “bastante” e “muito”, estas acentuadas nas falas de M3 e M6 e M8.

Dessa classe emergem relatos do enfrentamento da nova condição proveniente do TRM, sendo o apoio familiar citado com ênfase:

Os principais fatores que me ajudaram foram a minha família... Que me ajudou muito! (M3)

O que mais me ajudou durante meu processo de adaptação após o trauma foi minha família em primeiro lugar... (M7)

Olha, recebi muito apoio de amigos e familiares, minha mãe principalmente. Ela esteve o tempo todo junto comigo... E ter esse apoio, me ajudou muito, assim reerguer, a voltar a ter uma vida assim cotidiana mais ativa... Eu fiquei só com sequelas só motoras né?!... Pra mim, eu acho assim que isso me facilitou muito né, esse apoio de parentes e amigos... (M8)

Depois do trauma raquimedular, eu conto muito com o apoio da família... Me ajuda... (M10)

Não menos importantes, foram referidas diversas outras formas de apoio, utilizadas no enfrentamento pós-trauma.

O basquete em cadeira de rodas também foi fundamental... A convivência com pessoas do mesmo problema sabe! (M3)

Em segundo foi o SARAH que me proporcionou o ambiente pra eu me sentir mais a vontade. Agora o que me ajudou profundamente foram as pessoas que eu conheci lá, foram as experiências trocadas, você conversa com o professor ele te ensina isso aquilo, tá tudo bem, mas a noite na hora, porque a gente fica internado lá, a noite que você vai dormir que você conversa com sua amiga, que ela te ensina oh você vai fazer isso, você vai fazer assim... Você reaprende a viver, então é nessa experiência, por isso que eu sou muito a favor de, eu fico muito feliz com essa pesquisa sua eu acho muito interessante porque quanto mais as pessoas souberem melhor

pra gente, mais fácil e assim eu tento passar ao máximo meu aprendizado pra outras pessoas que estão na mesma situação então assim eu fui ajudada eu quero ajudar também. (M7)

Depois do trauma, o que destaco como mais importante, foi a minha fisioterapia, que mais me ajudou, a que mais me ajudou... Independência, ter independência... Assim me deixaram ser independente né?! Isso me ajudou muito... Muito... A gente acha que não dá conta de fazer nada... Assim a gente tem que ter muita força de vontade... Olha eu acho que tudo meu foi a independência, foi algo muito importante... Assim... Acho que a fisioterapia que tenho feito vai melhorar minha locomoção, minhas limitações que hoje eu tenho, eu quero melhora pra mim... Por exemplo, é, é, é... Movimentos que eu não tenho hoje. (M9)

E a força de vontade! (M10)

Além das anteriores citadas, a religiosidade e a fé em Deus também aparecem nesse processo de enfrentamento e aceitação da nova condição de vida:

Deus está sempre comigo e faz o que é melhor pra mim, deu minha filha! Amo dormir com ela ao meu lado, ela tem o quarto dela, mas desde que nasceu dorme comigo. Encontrei o amor da minha vida... (M2)

Me ajudou eu ter procurado uma igreja evangélica, se não, eu tinha me levado lá pro fundo do poço... (M6)

Primeiramente a Deus por ter me dado essa nova chance, né?!... [...] eu tenho muito apego e muito respeito em Deus... Eu sei que Ele que é o provedor de tudo nessa vida... (M8)

A expectativa é que melhore muita coisa, eu quero né.... Se Deus quiser... (M9)

Por fim na classe V, foram elencadas 20 palavras e ressaltadas oito delas, sendo: “morar”, “usar”, “limitar”, “entender”, “afetar”, “também”, “então”, e “ainda” presentes com maior ênfase nos relatos de M4 e M11.

Nesta categoria, as participantes revelam algo próximo da dimensão subjetiva a partir do problema vivido. Ressaltam reflexões e impressões simbólicas construídas frente ao mundo real dado pelo TRM:

As outras pessoas, muita gente, às vezes, não tem... Como que eu falo... É muito ocupada pra poder assim... Não... Eu vou na casa dela pra conversar com ela... Muitas parecem que não interessa. Mas como quase todo mundo, o tempinho que tem é pra trabalhar, né?... (M1)

Algumas pessoas que tive relacionamento, quando viam as minhas dificuldades se afastavam. Acho que por isso procuro não me apegar a ninguém. Às vezes, me veem na cadeira arrumadinha acham q é fácil, mas vai ver o cotidiano, as dificuldades, vê que não é fácil e se afastam... Acham dificuldades pra elas, porque eu já acostumei, e vivo bem! Me adaptei e penso que quem sai perdendo são elas. (M2)

Eu não tenho mais aquela alegria, aquela vontade depois que eu tive esse acidente... Só isso... Só isso... Não dou conta de fazer nada, sabe?!... Meu marido que faz tudo... (M3)

Acho que hoje é que está caindo minha ficha! É um processo de vai e vem..., sabe? Tem horas que você está super bem e tem horas que você se sente mal, mas não porque você está em uma cadeira de rodas, mas por você sair com uma cadeira de rodas e ver o olhar das pessoas... Tem época que você tá sensível mesmo... Mas, tem época que você tá mais tranquila, enfim, depende das pessoas, do momento que você tá. (M4)

Então assim, as pessoas mais íntimas costumam falar pra mim: nossa, eu até esqueço da cadeira às vezes; então assim, é normal, eu também esqueço que eu sou cadeirante, às vezes (M7)

De dificuldades, ah... O preconceito que eu tive contra mim mesma, né! Por que... Graças a Deus, eu nunca fui vítima de preconceito depois que eu fiquei desse jeito assim, né?! Só que é eu mesmo fiquei meio que travada assim... Pra vida, no começo né?!... Assim que eu soube do problema, eu fiquei muito complexada em relação a mim mesma e esse complexo me dificultou um pouco né?! Na reabilitação... Mas, assim que eu fui deixando de lado esse complexo, esse preconceito contra mim mesma, eu fui vendo novos horizontes pra buscar a cura, né?! Melhora e reabilitação depois do problema. (M8)

Após o trauma raquimedular, eu acho muito difícil. [...] muita discriminação também... Tenho expectativa de muitas melhoras... (M9)

Dificulta devido ao cansaço... Locomoção. Adaptação aos lugares que a gente fica e devido a dores que eu sinto. (M10)

O ruim, que dificulta é que as pessoas acham que você é um bicho (M11)

Aparecem aspectos da vida reavaliados após o TRM, alguns positivos outros nem tanto:

Qualquer coisa que eu faço eu sinto bem, de pensar assim, isso eu ainda dou conta, eu acho que quando faço algo e consegue, vai bem. Mas, parece que eu tenho um pouco, acho por... (choro) um pouco de tristeza. Mas, a esperança, é que eu ainda tenho esperança de, de andar. (M1)

Após o trauma raquimedular tem que ter muita força de vontade e o psicológico ajudar! Essa é a minha história! Tem que ter um psicológico muito bom para conseguir superar tudo isso... (M2)

Eu não tenho mais aquela alegria, aquela vontade depois que eu tive esse acidente... Só isso... Só isso... Não dou conta de fazer nada, sabe?!... Meu marido que faz tudo... Hoje, sou uma pessoa mais caseira. (M3)

A gente se preocupa, dá muito valor à questão de corpo, então já é natural nosso e isso afeta muito... Isso afeta bastante assim. (M4)

Eu comecei assim, ficar mais humilde, sabe?! Porque eu era muito arrogante! Eu deixei muitas coisas... Muitas coisas que eu era enjoada... A vida tem que ser mais simples. A única dificuldade que eu tenho, assim... Eu não tenho mais aquela alegria, aquela vontade depois que eu tive esse acidente... Só isso! (M6)

Apesar de ter sofrido preconceito uma vez e foi bem insignificante, mas eu acho que, que já tinha muito tempo de lesão, eu nem me abalei, nem nada! Agora assim, sobre vivência com outras pessoas que convivem comigo não só a família, mas no trabalho e tal, eu acho bem tranquilo... (M7)

Eu fui ver né, que graças a Deus eu não fiquei com sequelas mentais, não fiquei com sequela na fala e nem assim sabe! ... Isso me facilitou muito, né. Eh... Às vezes, me sinto, assim um pouco frustrada né?! (M8)

As minhas limitações não influenciam em nada no modo de convivência... Normal... (M10)

## 6 DISCUSSÃO

Na caracterização das participantes quanto à idade, o predomínio etário foi de 21 a 30 anos, assim como no estudo de Moraes et al. (2013), que apresenta resultado similar. Nesta faixa etária, o principal fator etiológico foram os acidentes de trânsito, dado que corrobora com a literatura, uma vez que é apontado como maior causa de TRM em todas as idades (BRITO et al. 2011; PEREIRA; JESUS, 2011). Esse aspecto provavelmente seja resultado de um somatório de fatores, dentre os quais certamente devido ao aumento significativo da frota de automóveis e motocicletas, impulsionado pelo crescimento econômico e financiamentos a juros baixos, entre outros (BACCHIERI; BARROS, 2011; SOARES et al. 2013). Outra explicação possível está na verificação da condução de veículos com maior velocidade e manobras arriscadas, o que se caracteriza por comportamentos de risco, estes explicados pela Teoria de Homeostase do Risco (WILDE, 2005), ou seja, aquele em que determinado risco, gradativamente, passa a ser percebido como habitual e não mais como perigo (MATÃO, 2012).

A totalidade das mulheres participantes apresentaram TRM de origem traumática que implicaram em paraplegia. Destaca-se a preponderância para nível de lesão torácico, sendo oito acometidas entre T2 à T12. Corroboram com este, dados obtidos por Anderle et al. (2010), Pereira e Jesus (2011), Ovalle, Ríos e Balbuena (2014), os quais também observaram nos seus estudos maior comprometimento do segmento torácico em sua amostra. Quanto ao tempo de ocorrência da lesão, predominou entre 2 a 8 anos. Corrêa, Neto e Rodriguez (2015), realizaram um estudo com trinta pacientes, todos com diagnóstico de TRM, no qual notaram tempo de lesão de cinco a oito anos, com preponderância de paraplegia. Sodrê e Faro (2008) constataram em maior número, tempo superior a quatro anos em sua pesquisa. Desta forma estes, se assemelham por não serem decorrentes de traumas recentes e já terem ultrapassado a fase do choque medular. Vall et al. (2011) também destacam a paraplegia como acometimento mais comum.

Quanto à escolaridade, observa-se a predominância de nível superior e médio completo, em quantidades iguais. Também é relevante citar a ausência de analfabetismo entre as mulheres participantes. A partir desse resultado, pode-se dizer da busca de suporte social, como no estudo de Vera (2012), o qual atribui



melhor nível de ensino a uma forma de enfrentamento, ou seja, a busca por uma socialização, que favorece positivamente o indivíduo nesta condição. Já que nos estudos desenvolvidos por Kirshblum et al. (2011) e Vera (2012) ressaltam a superioridade de instrução escolar, prevalecendo o nível superior e médio em sua amostra. A grande maioria das participantes reside em casa própria localizada na periferia da cidade, como constatado também por Costa et al.(2010), no qual 80% vivem em domicílio próprio.

As participantes são em maioria, seis delas, de cor branca. Krause, Saunders e DeVivo (2011), também apresentam o predomínio de brancos em seu estudo, bem como Fritz, Dillaway e Lysack (2015). Coura et al. (2012) ressaltam ser maioria de cor branca, mas aponta que quando considerada a cor negra, parda e amarela juntas, estas superam a anterior. Quanto à religião, mais da metade do grupo é protestante. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a maioria dos brasileiros é cristã, fato que reforça os achados quanto ao item neste estudo. Outro aspecto, conforme Vera (2012), é que a busca por crenças indicam respostas adaptativas de enfrentamento, as quais ampliam o potencial de resiliência, qual seja, da busca por apoio na religião ser verificada em condições de realidade adversa.

A respeito do estado civil, as solteiras e viúvas são a maioria, igualmente, embora metade da amostra relate ter algum companheiro atualmente. Após a lesão, várias participantes relataram alterações no relacionamento com os companheiros: duas enfatizaram o término do namoro e outras duas do casamento após o TRM. Importante salientar que uma ainda permanece casada e outra se casou após a lesão. Nos estudos de Sodr e e Faro (2008), Vall et al. (2011) e Borges et al. (2012) predominaram mulheres casadas e as sem compromisso afetivo em proporções equilibradas.   possível salientar que após um evento traumático como o TRM, muitas vezes repercutem de modo significativo nos relacionamentos afetivos e vão desde desajustes até mesmo ruptura. Vall et al. (2011) destacam que após a lesão, para indivíduos casados, a chance do relacionamento se manter estável é diminuída.

Entre o grupo tem destaque a importância do apoio familiar após o TRM, visto que das entrevistadas somente uma vive sozinha. As demais vivem na presença da família, predominantemente com pais e/ou filhos, o que se assemelha ao estudo realizado por Cavalcante (2007), no qual todas as participantes recebiam suporte da

família e viviam principalmente com os familiares mais próximos, como pais, irmãos, filhos e esposos. Sodr e e Faro (2008), Trierveiler et al (2015) tamb em constataram a vivência em família na maioria das entrevistadas. A dificuldade nas atividades do cotidiano é tida como um dos fatores determinantes para a necessidade de viver com a família.

Quanto aos filhos, prevalecem que já tiveram filhos, no caso oito delas, seguido das que não são mães. Quanto ao número, a maioria teve apenas um filho e destas duas tiveram filhos após a ocorrência do TRM, fato que evidencia a possibilidade de gestar mesmo nestas condições. Corrobora com este resultado o estudo de Fritz, Dillaway e Lysack (2015), no qual as mulheres que tinham filho anterior ao trauma eram a maioria, o que tamb em é confirmado por Costa et al. (2010).

Perfazendo a maioria do grupo, as participantes disseram não ter vida sexual ativa no momento, quatro delas sem nenhuma experiência após o TRM o que coincide com o estudo de Singh e Sharma (2005). Poucas participantes relataram que conseguem manter relações sexuais normalmente, o que pode ser atribuído às mesmas, devido limitações físicas que o TRM pode acarretar. Fritz, Dillaway e Lysack (2015) narram em seu estudo que a maioria das mulheres ainda se sente desejada e disposta para atos e relacionamentos íntimos, bem como percebe a intimidade sexual como uma parte importante de suas vidas. Diferentemente, Carvalho et al. (2010) relatam que as mulheres ao reestabelecer a vida sexual, defrontaram-se com disfunções biológicas provenientes da lesão medular, fato que dificultava o coito. Dentre tais disfunções, destacam-se alterações no trato urinário, no intestino, além da limitação motora. Questionadas quanto ao método contraceptivo utilizado no momento, aquelas com atividade sexual, apontaram o dispositivo intrauterino (DIU) e a laqueadura de trompas em quantidade igualitária, seguidos da pílula anticoncepcional, estudo de Singh e Sharma (2005).

No grupo prevalecem as aposentadas, sendo oito delas, outras duas não trabalham e nem estudam e uma trabalha ativamente. Blanes et al. (2009), Rodríguez et al. (2014) e Trierveiler et al (2015) constaram em suas respectivas pesquisas com acometidos por TRM, que o maior grupo se tratava de pensionistas, sendo a única fonte de renda, dado que corrobora com os encontrados no presente estudo. De acordo com Rodríguez et al. (2014), o impedimento de trabalhar provoca preocupação e angústia não são pela necessidade de adquirir renda, mas de

reassumir seu papel social. Para Brunozi et al. (2011), os pacientes mais jovens, não hospitalizados e que trabalham conseguem melhor inserção social e como consequência melhor qualidade de vida.

Pesquisas demonstram que a maior parte dos acometidos por TRM possuem baixo padrão econômico, como é o caso das participantes que referem renda compreendida entre um e dois salários mínimos. Tal situação pode influenciar diretamente na qualidade de vida dos mesmos, como aparece nas pesquisas de Cavalcante (2007) e Coura et al. (2012). Geralmente, como agravante da limitação de renda, além de estar impossibilitada de exercer suas atividades laborais, há casos em que o cônjuge, ou outra pessoa da família que participava da renda familiar, necessita abandonar o emprego para cuidar da pessoa com TRM (CAVALCANTE, 2007).

Para Costa et al. (2010) as sequelas físicas acentuam a diferença entre o perfeito e imperfeito aos olhos da sociedade. O corpo com deficiência continua a incomodar, principalmente devido às influências culturais, que exigem da mulher um corpo com perfeição e apto à procriação. Quanto à referência de ter sofrido preconceito ou não, prevaleceram aquelas que não passaram por esta situação.

A *internet* foi destacada como o meio para obtenção de informação mais utilizado, principalmente entre as participantes mais jovens. No estudo de Rodrigues e Araújo (2012) cerca de 80% dos participantes avaliaram que a *internet* tem muita influência, após a lesão. De acordo com Lewthwaite (2014) independente da diversidade geográfica, social, ou cultural, a acessibilidade estabelece relação entre tecnologia e deficiência. Decorrente de avanços tecnológicos de informação, a *internet* tem proporcionado comunicação para pessoas com deficiência que antes se mantinham isoladas. Fazer contatos mesmo quando a comunicação falada é impossível, ajuda aumentar a autonomia pessoal, melhorar a qualidade de vida e do bem-estar, pois permite o acesso a informações de saúde, redes sociais, educação e emprego (CHEATHAM, 2012; LUOTONEN; AITOLA, 2013).

Das palavras mais evocadas, difícil representa a condição do cotidiano que o grupo passa a enfrentar após o TRM. Certamente expressa sentimento de impotência devido à complexidade nas atividades antes desempenhadas com facilidade. Em continuidade ao pensamento acima revelado, é expressado o termo sofrimento, o qual evidencia a aceitação do problema vivido com destaque para as limitações do corpo e a mudança da auto imagem, que ocasionam principalmente

dependência. Carneiro et al. (2012) dizem que para as mulheres é difícil admitir que seus corpos sofreram tais transformações. Diante das alterações advindas pelas sequelas da lesão, pode-se dizer que além das participantes apontarem as implicações das amplas consequências da interferência na condição física, vida sexual e percepção da autoimagem, se percebe também que revelam a vivência de preconceito pela condição limitante, conforme se detecta no conjunto das justificativas apresentadas para os signos mencionados.

As implicações sociais dadas pela paraplegia estão relacionadas ao preconceito vivido. As dificuldades do cotidiano na busca de exercer sua cidadania apontam inúmeras barreiras atitudinais verificadas. Os questionamentos existentes estão muito ligados ao caráter negativo da deficiência, o que acaba por subestimar as oportunidades da pessoa deficiente de viver na sociedade com igualdade (RIBAS, 2007). A melhoria da condição física, inclusive com retorno da vida sexual por parte do segmento com TRM, possivelmente surgem devido ao desconhecimento das potencialidades do ser humano, bem como dos avanços no tratamento e reabilitação voltados à recuperação e o bem-estar dos indivíduos (SÁ, 2011; POMPEU, 2010).

O termo solidão evocado, possivelmente, aparece no sentido do exercício das relações interpessoais após a lesão, tanto no que tange ao parceiro quanto à família. Carneiro et al. (2012) observaram que mulheres as quais possuíam algum tipo de união antes da lesão, tinham medo de abandono dos parceiros por ter convicção de que não poderiam manter relações sexuais e por não admitirem as sequelas. Logo, se achavam incapazes de desempenhar sua vida social e de exprimir sua sexualidade, proferindo a vontade de acabar com o relacionamento inicialmente. Já as mulheres solteiras antes de sofrerem a lesão, expuseram o medo de não encontrarem um parceiro bem como de não serem aceitas pelo mesmo.

No geral, é possível destacar o pensamento negativo associado ao exercício da sexualidade e reprodução por pessoa com TRM, devido à incapacidade das pessoas com deficiência, pensamento gerado pelo preconceito (RIBAS, 2007). Na ocorrência do TRM existe a necessidade dessas mulheres (re) estabelecerem relação afetivo-emocional com o novo corpo e uma consequente auto aceitação, para exercer novamente sua sexualidade.

As participantes referem à palavra dificuldade, para expressar o pensamento de terceiros quando tratam de assuntos ou situações relacionadas a mulheres com

TRM. Para elas, principalmente devido falta de informação, as pessoas pensam que não podem ter vida sexual ativa e nem mesmo reproduzir. Alguns estudos apresentam características expressivas, como por exemplo, dificuldade de percepção corporal, desejo de reabilitação, aspectos sociais e profissionais em desenvolvimento, além de agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, raiva, medo e desesperança (FECHIO et al. 2009).

Também registram o termo incapaz, que de acordo com as mesmas exprimem a ideia da sociedade, que as rotulam como incapazes de fato. No que diz respeito às dificuldades atribuídas pela lesão como se fossem determinantes de uma incapacidade elevada e permanente que as impossibilita inclusive de reproduzir, de cuidar, sendo consideradas inférteis e desiguais das andantes.

Evocada a palavra preconceito, conforme estas por próprio sentimento de maldade, pela imagem de fracas e assexuadas. Em seu estudo Maia (2012) afirma que foram relatados preconceitos vigentes e dificuldades sociais enfrentados pelo indivíduo. Neste estudo as participantes apresentam explicações que reforçam a ideia primeira de que a vivência da sexualidade e reprodução após TRM é de difícil adaptação e gera limitações físicas que acometem também o emocional e atrapalham o exercício de sua sexualidade, acarretando sofrimento e solidão.

Com as implicações físicas instaladas, as mulheres enfrentam uma sociedade excludente, na qual seu corpo é dito diferente do normal. De acordo com julgamento estabelecido pelas mesmas, estas podem elaborar diferentes representações. Sob esta perspectiva devemos tentar facilitar a inclusão e apoiar as pessoas com deficiência, cujas já se encontram abaladas pelos prejuízos sofridos, para que a sociedade se adapte as mesmas e não como o padrão atual onde ocorre o contrario (COSTA et al. 2010).

De acordo com o dendograma no qual o eixo I é designado aspectos objetivos da vivência após TRM encontramos as classes I, II, III e IV respectivamente: cotidiano da vida após TRM, sexualidade e reprodução, limitações e dificuldades, enfrentamento após TRM. Na classe I, denominada cotidiano da vida após TRM, se verifica relatos de situações do dia a dia, como a complexidade de tarefas antes consideradas simples. Algumas participantes expressaram a mudança de comportamentos, principalmente ao se deparar com a nova rotina decorrente das limitações impostas. França et al. (2013) realizaram um estudo no qual se destacou

o fato da maioria dos participantes alegarem insatisfação na execução das atividades de vida diária, como por exemplo se vestir, arrumar, alimentar e durante os cuidados de higiene pessoal, devido à dependência por perda da autonomia.

Posteriormente ao TRM, as pessoas vivenciam uma mudança brusca em seu cotidiano. As diferenças entre o período antes e depois da ocorrência da lesão acarretam dificuldade de aceitação e conscientização do problema, culpa, vergonha da dependência para realizar a higiene pessoal e dificuldade de controlar as necessidades fisiológicas. Situações estas que alteram e afetam a qualidade de vida (RODRIGUES; ANTUNES, 2010).

Os aspectos relacionados à vaidade expõe a preocupação com a nova imagem percebida, bem como a percepção quanto ao lazer. Maia (2012) observou em seu estudo, mudanças cotidianas após a lesão com referência às adaptações necessárias por conta da mobilidade diminuída e sobre as relações afetivas. As mulheres deficientes sofrem de forma mais drástica com os padrões de beleza e estética do que os homens, o que implica maiores dificuldades para a reconstrução da autoimagem. Venturini, Decésaro e Marcon (2007) apontam que as dificuldades comumente enfrentadas no cotidiano que estão relacionadas à questão econômica, dependência, ausência de estrutura física da cidade, transporte, emprego, atividade física e a ocorrência de preconceito.

França et al. (2011) relatam que, ao falar de lazer é grande a constância de queixas, visto que, além do seu comprometimento físico, encontram barreiras arquitetônicas nos locais frequentados, bem como no transporte público. Também influenciam negativamente a prática do lazer, questões econômicas, preconceito e auto preconceito.

Quanto à sexualidade e reprodução, contemplada na classe II, representam situações vivenciadas em relacionamentos amorosos, quanto à sexualidade propriamente dita e dificuldades no intercuro da recuperação física quanto a atividade sexual. No primeiro momento disseram compreender a importância da sexualidade e que antes do trauma sentiam mais confiança, assim como no estudo de Singh e Sharma (2005) no qual grande parte das participantes lembrou que tinham interesse no sexo e compreendiam a importância deste na vida.

De acordo com relatos do presente estudo, a dificuldade de exercer e/ou expressar sua sexualidade após a lesão medular corresponde à limitação física e a consciência das mesmas. Tal situação prejudica as relações interpessoais,

decorrente da não contemplação dos padrões de beleza e perfeição estabelecidos pela sociedade. Kreuter et al. (2011) apontam a necessidade de uma abordagem que contemple as condições físicas, psicológicas e interpessoais dessas mulheres. Muitas delas continuam sexualmente ativas, mas às vezes referenciam insatisfação após o TRM, sendo que este aspecto deve ser abordado na reabilitação. Ainda que vários estudos apontem que a satisfação sexual é um fator relevante para a qualidade de vida, após o TRM este aspecto é comumente deixado em segundo plano (VAZ; COELHO, 2010).

No estudo de França e Chaves (2005) foram observadas barreiras atitudinais decorrentes das limitações e prejuízos impostos pelo TRM. Notou-se que a maioria das mulheres com TRM, especificamente paraplegia, possui dificuldade em entender e articular sobre seu corpo, nas condições decorrentes da lesão, pois se acham indesejáveis. Isso se deve a baixa autoestima e auto discriminação, que deixam em evidência o medo da frustração sexual em sua condição atual, caracterizada como anormais e doentes. Em decorrência da sexualidade estritamente dos atos genitais, salientam o medo de se tornarem mais íntimas com seu parceiro. Carneiro (2007) obteve relatos nos quais as mulheres admitem que a primeira experiência sexual após o TRM, novos valores são apresentados quanto a sexualidade.

Existem narrativas de participantes que consideram sua vida sexual ativa e satisfatória, apesar das intercorrências, como restrições de posições, bexiga neurogênica, dispneia entre outros, entretanto algumas referem desajustes com o parceiro. Quanto às estratégias utilizadas para satisfazer necessidades sexuais, todas relataram somente o contato com um parceiro. No estudo de Maia (2012) a vida sexual após a lesão exprimiu medos e dificuldades, porém envolveu mais intimidade com o parceiro do que somente o foco genital. Foi relatado ainda desejo e prazer na relação amorosa e sexual, bem como uso de técnicas para auxiliar na relação sexual e favorecer a satisfação. Singh e Sharma (2005) retratam que metade das mulheres participantes referiram satisfação na experiência sexual pós lesão, embora parte delas relatem que os parceiros não demonstrem estar satisfeitos.

Majoritariamente referem inatividade sexual e, por vezes falta do desejo propriamente dito. Assim como relataram Singh e Sharma (2005), visto que as participantes rotularam a sua vida sexual atual pior que antes do TRM, devido principalmente a dificuldades de relacionamento com o parceiro, problemas médicos

e falta de privacidade. No estudo de Fritz, Dillaway e Lysack (2015), o descontentamento com a atividade sexual foi observada em entrevistas com mulheres casadas, como também solteiras, fato que demonstra que ter um parceiro fixo nem sempre significa obter satisfação.

No estudo de Carneiro (2007) a participante relata dificuldade de lidar com a atrofia da musculatura de todo o corpo, assim como ocorre neste. Provavelmente isso se deve ao fato da sociedade cultuar o mito de que o corpo perfeito é sinal de competência sexual e o imperfeito assexuado.

Cavalcante et al. (2008) afirmam que as relações estabelecidas após o TRM, quando o acometido já se encontra com uma autoimagem fortalecida, tendem a ser mais estáveis, pois o parceiro não participará do complexo processo de reabilitação, sendo necessário somente a adaptação dos parceiros ao relacionamento.

O estudo de Kreuter et al. (2011), expôs que a maioria das mulheres continuam a ser sexualmente ativa após a sua lesão e que eles consideram o sexo ainda ser uma parte importante de suas vidas. Embora muitos aspectos de seu funcionamento sexual e vida sexual foram afetados negativamente pela lesão, as mulheres em nosso estudo relataram vários meios para compensar as deficiências fisiológicas induzidas pela lesão.

No que diz respeito à reprodução, a maioria expressa que este fato faz parte do intercuro da vida das mulheres, desta forma de suma importância e significância para satisfação feminina. Entretanto algumas encaram como única e exclusivamente para gerar filhos.

Destaca se o fato de que uma participante que ficou grávida após o TRM, deixa clara a condição de abandono do parceiro quanto à filha. Mitra et al. (2015) explana que mulheres com deficiência em algumas situações, após o parto podem encontrar atitudes negativas de seu parceiro. Sendo que, dentre essa e outras razões, estão mais propícias à depressão pós-parto. Signore et al. (2011) destacam que a parentalidade independente pode ser difícil.

Também houve relato de nascimento prematuro, na qual inclusive a gestação passou despercebida. Signore et al. (2011) narram o aumento da taxa de parto prematuro em mulheres com TRM, além de estresse, alterações de humor, obstáculos sócio-econômicos e físicos.

Seis delas expressaram afeto e importância, além de entenderem a gestação como um papel social da mulher. Murthy, John e Sagar (2014) concluíram que a



saúde reprodutiva e gestação são tão importantes para as mulheres com deficiência quanto para as demais, pois representa algo inestimável, visto que proporciona a sensação de ser vista como qualquer outra mulher.

Na classe III a qual expressa limitações e dificuldades advindas do TRM, aponta para dificuldades de acessibilidade, locomoção e convívio em locais de área comum sem recursos que possibilitem a entrada ou permanência destas. Também relatam a dependência e o complexo por sua nova condição como situações de difícil aceitação. A carência de acessibilidade faz parte da realidade dessas pessoas, fato que lhes impõem ainda mais o caráter de exclusão a que estão restringidos. Mesmo com a política nacional de acessibilidade, ruas, prédios, espaços urbanos, transporte público, entre outros, não atendem as reais necessidades, o que dificulta o deslocamento e a inclusão social destes (SILVA, 2012).

No estudo de Cavalcante (2007) foi evidenciada a dificuldade que as mulheres com TRM encaram ao ter que depender de seus familiares. Fato que ocasiona incômodo e prejudica o processo de reabilitação como um todo, especialmente no que diz as questões emocionais. O período de adaptação da pessoa com TRM à nova condição é marcada por várias situações, as quais não impedem de continuar com seus propósitos e ter uma melhor qualidade de vida (PUERARI et al. 2012).

Ao tratar do enfrentamento, a família inquestionavelmente ocupa um lugar ímpar nesta circunstância. Em estudo realizado por Borges et al. (2012) fica evidente que a família é o alicerce que influencia a auto percepção da pessoa com TRM. Desta forma é importante e necessário o convívio, valores, crenças, entre outros, os quais refletem na vivência da pessoa acometida.

Além desta, atividades de convívio com pessoas na mesma condição, seja como na prática de esportes ou reabilitação são interessantes formas de apoio, bem como a prática religiosa, fato ponderado por várias participantes como primordial. Puerari et al. (2012) apontam a reabilitação como forma de auxílio durante o processo de adaptação, ao propiciar independência funcional, com conseqüente melhora da autoestima e inclusão social.

As estratégias mais utilizadas durante o processo de adaptação incluem religiosidade, pensamento fantasioso e positivo (PEREIRA; ARAUJO, 2006), assim como constatado nessa investigação, no qual as participantes disseram utilizar a religiosidade como suporte. De acordo com Puerari et al. (2012), o entrosamento

familiar e social, ajuda psicológica, médica e de reabilitação, desenvolvem o autocuidado e a busca da independência. Em resposta às melhores condições de saúde, os acometidos pela lesão demonstram desejo de readaptação à nova situação, melhorando a autoestima, autoconfiança e autoajuda. As manifestações afetivas e sexuais incentivadas pelos amigos e familiares, favoreceu o resgate da autoestima. O apoio dos familiares amigos e profissionais envolvidos no caso clínico auxiliam a construção de nova identidade social (MAIA, 2012).

No eixo II se encontra a classe V, que contempla aspectos subjetivos frente à sua atual condição, como sentimentos de tristeza, preconceito e em alguns casos determinação. Rodriguez et al. (2014) observaram que, quando mulher e ainda deficiente, se estabelece um peso duplo para o risco de depressão. Diz ainda que esta é uma desvantagem ao dobro, pelo fato de acarretar maior discriminação, visto que não atende os padrões de imagem exigidos pela sociedade. As mulheres com TRM casadas e as com o ensino primário têm maior chance de depressão.

França et al. (2011) concluíram ao estudar alguns acometidos com TRM, que a percepção quanto suas atividades de vida diária não eram boas em razão do grande comprometimento no desempenho sexual, trabalho e lazer. Em decorrência de influências históricas e culturais, existem ainda estigma e valores nocivos, a respeito do corpo com sequelas resultantes do TRM (RODRIGUES; ANTUNES, 2010). As expressões relatados por Costa et al. (2010) mostram experiências de pessoas acometidas por TRM que vivem um momento de elaborações do cotidiano e as alterações necessárias em detrimento das mudanças em seus corpos. São construídos novos conceitos e significados nas concepções da própria pessoa, representadas pela ciência popular, com base em sua experiência cotidiana.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres com TRM aqui estudadas, em sua maioria, são escolarizadas, aposentadas, apresentam idade compreendida no período fértil e sem parceria afetiva. As representações quanto à sua sexualidade e reprodução, no contexto caracterizado por um acometimento incapacitante evidenciam que a sexualidade tem suma importância no processo de aceitação e enfrentamento do TRM, bem como para o resgate dos papéis sociais e afetivo-sexuais. Também sobressaíram narrativas expressivas que enfatizaram a importância da reprodução para a mulher em geral, antes e depois do trauma.

Percebida de forma ampla, a sexualidade foi representada como algo muito além do sexo genital. Revelam percepção de que está atrelada à afetividade e permite sentimentos, ações e interações com o outro. Também foi compreendida como parte integrante do relacionamento conjugal, bem como a aceitação de si mesma relacionada à aparência física. É necessário compreender que principalmente as sequelas e limitações físicas advindas do TRM, acarretam o sentimento de inferioridade, já que culturalmente a erotização do corpo feminino é cultuada quando bonito e primoroso.

Trabalhar com temas tão complexos como sexualidade e reprodução, ainda mais quando relacionadas ao TRM, visto que ocasiona alterações físicas e emocionais, é um grande desafio. Estes são revestidos de tabus e preconceitos, fato que atrapalha a tentativa de conhecer a particularidade do exercício da sexualidade da mulher após o TRM. Outra barreira se dá devido à escassez de relatos de experiência sobre a temática, que é mantida pelo preconceito e discriminação que contribui para uma perspectiva de que essas mulheres se encontram assexuadas.

Os resultados encontrados revelam que a vivência da sexualidade da mulher acometida por TRM é marcada por um misto de sentimentos. Ao passo que demonstram insegurança de se manifestarem sexualmente, também referem o medo do abandono e da solidão. Possivelmente devido aos conflitos de aceitação da nova imagem, que na maioria dos casos apresenta alguma condição caracterizada por auto preconceito.

Como limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade que as participantes apresentaram para se expressar, visto ser um assunto muito íntimo. Outro fator foi a dificuldade de estudos voltados para a temática, especificamente em mulheres que

tem peso expressivo na sociedade. Assim, a reabilitação de mulheres com TRM continua como temática a ser estudada e enfocada nas ações de educação em saúde, e mesmo na educação permanente dos profissionais de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vidas das pessoas acometidas.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994.

\_\_\_\_\_. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Orgs.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005, p. 23-34.

ADLER, C. Lesões na medula espinhal. In: PREDETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5a ed. São Paulo: Roca, 2005. p. 805-31.

ALBUQUERQUE, W. F.; ALMEIDA, S. C. C. Por uma história das mulheres: historiografias e fontes na colônia. **Revista de Humanidades UFRN**, Caicó, v. 9, n. 24, 2008.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

ANDERLE, D. V. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com traumatismo raquimedular operados no Hospital Estadual "Professor Carlos da Silva Lacaz". **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 58-61, Jan./Mar. 2010.

ANDERSON, O. H. Doing what comes naturally: Dispelling myths and fallacies about sexuality and people with develop-mental disabilities. **New Lenox, IL: High Tide Press**. 2000.

ARAÚJO JUNIOR, F. A. et al. Traumatismo raquimedular por ferimento de projétil de arma de fogo: Avaliação epidemiológica. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 290-92, 2011.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 129-150, nov. 2002.

ATKINS, M. S. Lesões na medula espinhal. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. (Orgs.). **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2005. p. 965-99.

BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: Muitas mudanças e poucos resultados. **Revista saúde pública**, v.45, n. 5, p. 949-63, 2011.

BAKER, E. R.; CARDENAS, D. D. Pregnancy in spinal cord injured women. **Arch Physical Medicine and Rehabilitation**, v.77, n.5, p. 501-7, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BLACKBURN, M. Sexuality and disability. Oxford: **Butter-worth Heinemann**, 2002.

BLANES, L. et al. Clinical and socio-demographic characteristics of persons with traumatic paraplegia living in São Paulo, Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 67, n. 2b, São Paulo, June 2009.

BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 597-604, 2007.

BORGES, A. M. F. et al. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 119-125, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde. **Relatório de situação: Goiás**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 38 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 68 p.

BRITO, L. M. O. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. **Revista Colégio Brasileiro Cirurgiões**, v. 38, n. 5, p. 304-309, 2011.

BRUNOZI, E. et al. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 1, p. 139-144, 2011.

BUGHI, S. et al. Amenorrhea, Pregnancy, and Pregnancy Outcomes in Women Following Spinal Cord Injury: A Retrospective Cross-Sectional Study. **Endocrine Practice**, v. 14, n. 4, p. 437-441, maio 2008.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005. P. 511-539.

CAMPOS, M. F. et al. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 88-93, 2008.

CAMPOS, M.; RAMOS, A. S. *La mujer con lesion medular: sexualidad y maternidad*. **Revista de terapia sexual y de la pareja, Spain**, v. 16, p. 4-18, 2003.

CAMPOS, P. H. F. **Pratiques, représentations et exclusion : le cas des éducateurs des enfants de rue au Brésil**. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Provence, Aix-en Provence. 1998.

CAMPOS, P. H. F. *Rapports entre pratiques et représentations: apports théoriques et empiriques pour un modèle d'étude*. **Psychologie et Société**, 6, 3(2), 135-162. 2003.

CAMPOS, P. H. F.; TORRES, A. R. R.; GUIMARÃES, S. P. Sistemas de representação e mediação simbólica da violência na escola. **Educação e Cultura Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 109-132, 2004.

CARDOZO-GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S.; CALIRI, M. H. L. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso com estratégia de organização da alta hospitalar. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 3/4, p. 325-333, jul./dez. 2001.

CARNEIRO, V. M. B. **Vivências da sexualidade: atualizações e persistências nos discursos de mulheres com lesão na medula espinhal**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil). Programa de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

CARNEIRO, V. M. B. et al. Sexualidade em mulheres com lesão na medula espinhal. **Revista Pesquisa em Saúde**, São Luís, v.13, n. 1, p. 30-33, 2012.

CARVALHO, A. P. F et al. Gravidez em mulheres com trauma medular prévio. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 7-11, 2010.

CARVALHO, Z. M. F. O significado da paraplegia para pacientes internados: implicações para o cuidado de enfermagem. **Pensar Enfermagem**, v. 6, n. 2, p.16-24, jul./dez. 2002.

CARVALHO, Z. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. **Viva bem com sua lesão vértebro-medular**. 2ª ed. Porto: CAPES, 2003. 96p.

CASALIS, M. E. P. Lesão Medular. In: TEIXEIRA, E. et al. **Terapia Ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003. cap. 4, p. 41-61.

CAVALCANTE, K. M. H. **Cuidado de enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no modelo Roper-Logan-Tierney**. 2007. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

CAVALCANTE, K. M. H. et al. Vivência da sexualidade por pessoas com lesão medular. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 27-35, 2008.

CEREZETTI, C. R. N. et al. Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 318-26, 2012.

CORRÊA, L. S.; NETO, D. L.; RODRIGUEZ, E. O. L. Qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 695-700, out/dez 2015.

COSTA, V. S. P. et al. Social Representations of the Wheelchair for People with Spinal Cord Injury. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, july/aug. 2010.

COURA, A. S. et al. Functional disability of adult individuals with spinal cord injury and its association with socio-demographic characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jan./feb. 2012.

CHEATHAM, L. P. Effects of Internet use on well-being among adults with physical disabilities: A review. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 7, n. 3, p. 181-188, 2012.

CROSS, L. L.; MEYTHALER, J. M.; TUEL, S. M.; CROSS, A. L. Pregnancy following spinal cord injury. **Western Journal of Medicine**, v. 154, n. 5, p. 607-11, 1991.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Social**, São Paulo, v.17, n.2, p.120-131, 2008.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. editors. **The sage Handbook of qualitative research**. 4th edition. Califórnia: Sage Publications. 2011. 759 p.

FARIA, K.; PEDROSA, L. A. K. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 366-73, 2012.

FARR, R. M. Representações Sociais: A Teoria e sua História. In.: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59.

FECHIO, M. B. et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2009.

FIGUEIREDO, A. M. Epidemiologia do trauma. In: MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. **Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 2a ed. Barueri: Manole, 2008. p. 543-9.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450-459, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

FORSYTHE, E. HORSEWELL, J. E. **Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury**. *Spinal Cord*, n.44, p. 234-241, 2006.

FOUCAULT, M. (1976). **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010. 176 p.



FRANÇA, I. S. X.; CHAVES, A. F. Sexualidade e paraplegia: O dito, o explícito e o oculto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, p. 253-259, 2005.

FRANÇA, I. S. X. et al. Percepción de adultos con lesión medular sobre las habilidades para actividades diarias y indicación de salud a la luz de la NOC: pesquisa descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 2, 2011.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, 2013.

FREUD, S. (1905). **Um caso de histeria e Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In: Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2009. v. 7, p 163-195.

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.

GARRETT, A.; TEIXEIRA, Z.; MARTINS, F. Modelo transaccional do stresse: Período que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas - UFP**, Porto, v. 24, n. 4, p. 222-228, 2007.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

HEILBORN, M. L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A.(Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 12. p. 197-208.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 160 p.

ISHIBASHI, R. A. S.; OLIVIERI, F. L. D.; COSTA, V. S. P. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa. **Unopar Científica**, v. 7, n. 1, p. 65-8, 2005.

JODELET, D. *La representación social: Fenómenos, concepto y teoría*. In: MOSCOVICI, S. (org.). **Psicologia Social**. Barcelona: Paídos, 1985, p. 469-494.

\_\_\_\_\_, **Folie et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

\_\_\_\_\_, Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, p.17-44.

KIRSHBLUM, S. et al. The impact of sacral sensory sparing in motor complete spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**; v. 92, n. 3, p. 376-83, mar 2011.

KRAUSE, J. S.; SAUNDERS, L. L.; DEVIVO, M. J. Income and risk of mortality after spinal cord injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 92, n. 3, p. 339-45, mar 2011.

KREUTER, M. et al. Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. **Spinal Cord**, Bélgica, n. 49, p. 154–160; 2011.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. Palavras-Chave em Contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisas Qualitativa com Textos, Imagem e Som**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEWTHWAITE, S. Web accessibility standards and disability: developing critical perspectives on accessibility. **Disability and Rehabilitation**. V. 36, n. 16, p. 1375-83, 2014

LIMA, A. C.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1544-1554, 2013.

LOUIS, M. V. Diga-me: o que significa gênero? **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 3, 2006.

LOURENÇO, S. M. G. Vivências da sexualidade num paciente com lesão vértebro-medular: Estudo de caso. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Porto. 2008.

LUOTONEN, M.; AITOLA, L. Assistive communication devices improve life management. **Duodecim**, v. 129, n. 2, p. 169-75, 2013.

MAIA, A. C. B. A Sexualidade Depois da Lesão Medular: Uma Análise Qualitativa-Descritiva de Uma Narrativa Biográfica. **Interação Psicológica**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 227-237, 2012.

MALUF, V. M. D. Mulher, trabalho e maternidade: uma visão contemporânea. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 143 – 160, 2010.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 77-82, maio 2001.

MASINI, M. Estimativa da Incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 97-100, maio/ago. 2001.

MATÃO, M. E. L. **Representações Sociais de Mulheres Jovens Associadas ao Sexo, Risco e Práticas Preventivas**. 2012. 103 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 2012. Acesso em 20 12 2015 Disponível em: <[http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_arquivos/21/TDE-2015-06-08T092922Z-1929/Publico/Maria%20Eliane%20Liegio%20Matao.pdf](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/21/TDE-2015-06-08T092922Z-1929/Publico/Maria%20Eliane%20Liegio%20Matao.pdf)> Data de acesso: 05 jan 2016.

MCDONALD, J. W.; SADOWSKY, C. Spinal-cord injury. **The Lancet**, London, v. 359, n. 2, p. 417-25, fev. 2002.

MEYERS, A. R. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. In: NESATHURAI, S. **The rehabilitation of people with spinal cord injury**. Boston: Boston Medical Center, 2001, p.9-13.

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-46, 2008. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>> Data de acesso: 05 maio 2014.

MIRANDA, M. B. Homens e Mulheres - A Isonomia Conquistada. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania**, São Roque, v. 2, n. 1, 2011.

MITRA, M. et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. **Matern Child Health Jornal**, v. 19, n. 2, p. 362-72, 2015.

MORAIS, D. F. et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 149-52, 2013.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse: son image et son public** – etude sur la representation sociale de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

\_\_\_\_\_ **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_ Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_ **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MURTA, S.G.; GUIMARÃES, S.S. Enfrentamento à lesão medular traumática. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.12, n. 1, p. 57-63, 2007.

MURTHY, G. V.; JOHN, N.; SAGAR, J. Reproductive health of women with and without disabilities in South India, the SIDE study (South India Disability Evidence) study: a case control study. **BMC Womens Health**, v. 14, n. 146, 2014.

NOGUEIRA, C. M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. **Aurora**, Marília, v.4, n. 6, 2010.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org). **Perspectivas**

**Teórico-Metodológicas em Representações Sociais.** João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. P. 511-539.

OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2007.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Infertile Couple Pursuing for a Desired Child – a clinical case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [Online], v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/254/49>> Data de acesso: 05 mar 2016.

OVALLE, F. A. T.; RÍOS, E. C.; BALBUENA, F. R. Incidence and functional evolution of traumatic injuries of the spine. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 223-7, July/Sept. 2014.

PAIXÃO, Valério. **Adefirv completa 22 anos:** Associação é destaque por oferecer programas que ajudam portadores de necessidades especiais e deficiência física. 136 ed. Rio Verde: Jornal Sudoeste, 2015. Disponível em: <<http://www.sudoestejornal.com.br/?Pag=mostra-noticia&Id=adefirv-completa-22-anos-610>> Data de acesso: 02 dez 2015.

PEREIRA, C. U.; JESUS, R. M.; Epidemiologia do Traumatismo Raquimedular. **Jornal Brasileiro Neurocirurgia**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 26-31, 2011.

PEREIRA, M. E. M. S. M.; ARAUJO, T. C. C. F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 37-45, 2006.

PICKETT, G. E. et al. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Canada. **Spine**, v. 31, n. 7, p. 799-805, 2006.

PUERARI, P. B. P. et al. **A autoestima e a autoimagem da pessoa com lesão na medula: relato de experiência de um projeto de extensão.** VI mostra de pesquisa e pós-graduação. IMED, Passo Fundo, 2012.

POMPEU, S. M. A. A. et al. Perfil funcional dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia neurológica do promove São Camilo. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 218-224, 2010.

RIBAS, J. B. C. **Preconceito contra as pessoas com deficiência:** as relações que travamos com o mundo. São Paulo: Cortez, 2007.

RIBERTO, M. et al. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 87- 94, 2007.

RODRIGUES, F. C. P; ANTUNES, D. A. Considerações sobre o paciente com lesão raquimedular ou vítima de trauma: um estudo qualitativo. **Nursing**, São Paulo, v. 13, n. 150, p. 573-579, 2010.

RODRIGUES, M. P. C.; ARAUJO, T. C. C. F. Internet como Suporte à Pessoa com Lesão Medular: Padrões de Uso e Reabilitação. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 413-421, 2012.

RODRÍGUEZ, M. Á. A. et al. *Proceso de adaptación en mujeres con lesión medular: relaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas*. **Aquichán**, Bogotá, v. 14, n. 2, may/aug. 2014.

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney** : baseado nas atividades de vida diária. Lisboa: Climepsi, 2001. 198 p.

SÁ, C. P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes. 1996.

\_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998.

SÁ. B. P. et al. Abordagem fisioterapêutica em paciente com trauma raquimedular (TRM) – Um Estudo de Caso. **Revista Destaques Acadêmicos**, Ano 3, n. 3, 2011–CCBS/UNIVATES.

SARTORI, N. R.; MELO, M. R. A. C. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 151-9, 2002.

SIGNORE, C. et al. Pregnancy in women with physical disabilities. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America Journal**, v. 117, n. 4, p. 935-47, 2011.

SILVA, A. L. L. **(Trans) Formação de subjetividades após lesão medular: em direção à hermenêutica do sujeito**. 2012.183 f. Dissertação (Mestrado em psicologia). Centro de Humanidades Universidade Federal do Ceará Fortaleza, 2012.

SILVA, G. A. et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: Utilização da escala de independência funcional – MIF. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 929-36, Out./Dez. 2012.

SINGH, R. M. S.; SHARMA S. C. M. S. Sexuality and Women with Spinal Cord Injury. **Sexuality and Disability**, v. 23, n. 1, 2005.

SIPSKI, M. L.; ALEXANDER, C. J.; ROSEN, R. C. Orgasm in women with spinal cord injuries: a laboratory-based assessment. **Physical Medicine Rehabilitation**, v. 76, n. 12, p. 1097-102, 1995.

SISCÃO, M. P. et al. Trauma Raquimedular: Caracterização em Hospital Público. **Arquivo Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, p. 145-7, 2007.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, R. A. S. et al. Caracterização dos acidentes de trânsito que apresentaram como desfecho trauma raquimedular. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5996-6005, out. 2013.

SODRÉ, P. C.; FARO, A. C. M. Estudo sobre as alterações da função sexual em mulheres com lesão medular resistentes na cidade de Ribeirão Preto/SP. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.149-155, 2008.

TRIERVEILER, K. S. et al. Family functioning of people with spinal cord injury. **Texto & Contexto em Enfermagem**; v. 24, n. 4, p. 993-1002, oct.-dec. 2015.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. Estudo da Qualidade de Vida em Pessoas com Lesão Medular Traumática. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 64, n. 2b, p. 451-5, 2006.

VALL, J. et al. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade após lesão medular. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 3, 2011.

VAZ, I. M.; COELHO, M. A Sexualidade e a Lesão Vertebro-Medular. **Acta Urol**, v. 27, n. 2, p. 49-59, Jul 2010. Disponível em:< <http://www.apurologia.pt/acta/2-2010/Sex-Les-Vert-Med.pdf> >. Data de acesso: 02 jan 2016.

VENTURINI, D. A.; DECÉSARO, M. N.; MARCON, S. S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 589-596, 2007.

VERA, R. S. **Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular**. 2012. 220 f. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

VERGES, P. Interprétation au premier degree l'analyse au plus près des propriétés mathématiques. **Informatique et Sciences Humaines**. 1985, p 27-40.

WILDE, G. J. S. **O limite aceitável de risco: Uma nova psicologia de segurança e de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005, 318 p.

## ANEXOS

## ANEXO A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM LESÕES NEUROLÓGICAS ADQUIRIDAS

**Pesquisador:** Daniella Vieira Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38856714.5.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 922.869

**Data da Relatoria:** 09/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo objetivou descrever a vivência de mulheres após lesão neurológica adquirida, com destaque para o exercício da sua sexualidade e reprodução. A pesquisa será realizada no âmbito de associações, as quais serão abordadas para a busca ativa de participantes, como a Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV), localizada no município de Rio Verde, estado de Goiás, sendo a amostra composta por dez mulheres acometidas com lesão neurológica adquirida decorrente de Trauma Raquimedular. Como instrumento de coleta de dados, inicialmente será utilizada uma ficha para registro de dados socioculturais, a qual viabilizará traçar o perfil do grupo e em seguida o questionário de evocação acerca de sexualidade e reprodução, estes oferecidos a totalidade das mulheres com trauma raquimedular vinculadas a Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV). Em outro momento, terá início a realização da segunda etapa da pesquisa, qual seja a entrevista semiestruturada, conforme instrumento elaborado para fins do presente estudo, cujo critério de saturação será observado para encerramento dessa etapa.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Descrever a vivência de mulheres após lesão neurológica adquirida, com destaque para o exercício da sua sexualidade e reprodução.

**Endereço:** Av. Universitária, N.º 1.069

**Bairro:** Setor Universitário

**CEP:** 74.605-010

**UF:** GO

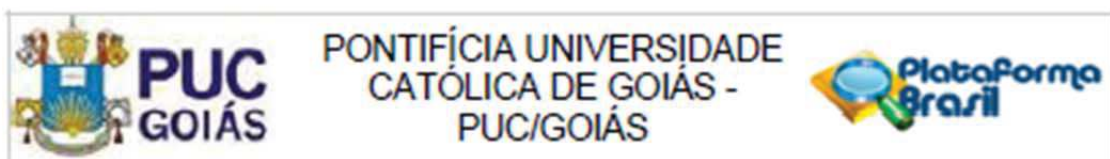
**Município:** GOIÂNIA

**Telefone:** (62)3946-1512

**Fax:** (62)3946-1070

**E-mail:** cep@pucgoias.edu.br





Contribuição do Parecer: 922.869

**Objetivo Secundário:**

- Conhecer a vivência de mulheres após lesão neurológica adquirida quanto a sexualidade e reprodução nesta condição;
- Identificar dificuldades quanto ao exercício da sexualidade e reprodução após a lesão neurológica adquirida;
- Identificar as representações sociais elaboradas por mulheres após lesão neurológica adquirida acerca da sexualidade e reprodução.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os itens "Riscos" e "Benefícios" estão adequados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância científica e atende aos cuidados da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória não estão de acordo com o recomendado pelo CEP.

**Currículos:**

- (1) Daniella Vieira Ferreira (OK)
- (2) Maria Eliane Liégio Matão (OK)

**Cartas de ciência/autorização:**

- (1) Folha de rosto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) – (OK)
- (2) Termo de consentimento livre e esclarecido (OK)

**Adicionais:**

Ficha para registro de dados socioculturais (OK)

Questionário de evocação acerca de sexualidade e reprodução (OK)

**Recomendações:**

Ainda recomendamos: (1) no "Método de Análise de Dados", retirar da descrição na Plataforma Brasil (não no projeto completo anexado) o termo "Apêndice". E (2) em dois locais da descrição do projeto, como nos itens: "Resumo" e "Objetivos" aparece o termo "lesão neurológica" com erro de grafia na palavra "neurológica" que deve ser substituída por "neurológica". E recomendamos **FORTEMENTE**: (3) A pesquisadora informa, NO RESUMO, que "A pesquisa será realizada no âmbito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.505-010

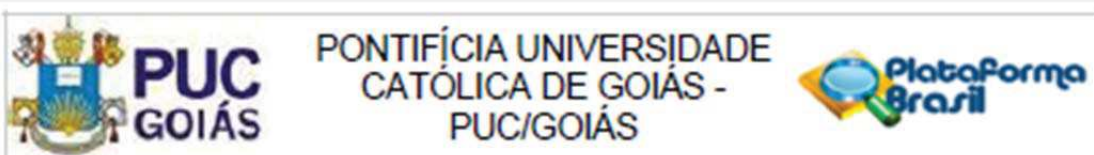
UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 922.869

de associações, (...), como a Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV).” O texto sugere que outras associações serão cenários da pesquisa o que não é o caso, assim, corrigir o resumo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram corrigidas e, portanto, não existe lista de Inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 19 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:  
**NELSON JORGE DA SILVA JR.**  
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069  
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



ASSOCIAÇÃO DE DEFICIENTES FÍSICOS DE RIO VERDE - ADEFIRV  
Rua JK nº 99 Bairro Santo Agostinho – CEP: 75.904-650 - Rio Verde - Goiás  
LEI MUNICIPAL N. 2894/92 CGC: 37.275.666/0001-62  
Fundada em 25 de abril de 1992 Registro do dia 02/06/1992 DOE - 26/05/1992  
LEI DE UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL Nº 12.468 DE 08/11/1994  
Cadastro no CNAS conf. Resolução n. 222 23/11/2006 processo n. 71010.000962/2006-62

### DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM LESÕES NEUROLÓGICAS ADQUIRIDAS** de responsabilidade do pesquisador **Daniella Vieira Ferreira** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Rio Verde, 29 de Outubro 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES  
FÍSICOS DE RIO VERDE - ADEFIRV

ADEFIRV-ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE RIO VERDE

Jose Carlos de Queiroz

Presidente

Rua JK nº 99 Bairro Santo Agostinho – CEP 75.904-650 - Rio Verde – Goiás  
(Fone: 3612-1641 José Carlos)

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM MULHERES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR. Meu nome é Daniella Vieira Ferreira, sou a pesquisadora responsável, mestranda em Atenção à Saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da Pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Daniella Vieira Ferreira ou com a orientadora da pesquisa Professora Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão, nos telefones: (64) 9922-9261/ (62) 3946-1095, ou através do e-mail daniellafisio@hotmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

Este estudo tem como objetivo descrever a vivência de mulheres após trauma raquimedular, com destaque para o exercício da sua sexualidade e reprodução. Para fazer parte, você deverá ter idade superior a 18 anos de idade, lesão neurológica decorrente de trauma raquimedular, com tempo mínimo de ocorrência dessa lesão de 1 ano, com vida sexual ativa antes da ocorrência desta e desejo por integrar esse estudo de forma voluntária. Mais uma vez, registramos que, caso não queira participar, não receberá nenhum tipo de pressão agora ou posteriormente, ou seja, será respeitada na sua decisão, que é livre.

Para fazer parte deste estudo, você deverá ter idade superior a 18 anos de idade, lesão neurológica adquirida decorrente de trauma raquimedular, com tempo mínimo de ocorrência dessa lesão de 1 ano, com vida sexual ativa antes da ocorrência desta e desejo por integrar esse estudo de forma voluntária. Mais uma vez, registramos que, caso não queira participar, não receberá nenhum tipo de pressão agora ou posteriormente, ou seja, será respeitada na sua decisão, que é livre.

Há garantia que todo o conteúdo informado será utilizado somente para fim exclusivo do presente estudo, sem que haja sua identificação. Sua participação ocorrerá em local reservado para não ser interrompida e manter a sua privacidade. Poderá desistir a qualquer momento, e que tal decisão não implicará em restrição de qualquer natureza.

Esclarecemos que não há previsão de nenhum ganho financeiro decorrente dessa participação, bem como você não terá nenhum gasto financeiro para que isso ocorra. Entretanto, caso tenha alguma despesa financeira em razão disso igual valor será repassado a você como ressarcimento.

Inicialmente, se optar por integrar a pesquisa, responderá uma ficha para registro de dados socioculturais e em seguida um questionário à respeito de sexualidade e reprodução em mulheres com TRM. Posteriormente será feita uma entrevista com questões relativas sobre como você percebe a lesão neurológica, sua experiência e expectativa relacionada à sexualidade e/ou reprodução após a lesão entre outras. Caso concorde, a entrevista será gravada para que sua informação tenha registro na íntegra de todo o conteúdo referido. Entretanto, se preferir, as informações poderão ser registradas manualmente pela pesquisadora com caneta esferográfica em bloco de papel. Posteriormente, tudo será digitado no computador para possibilitar o processo de análise.

Informamos que durante a sua participação acreditamos na existência de algum risco, este decorrente de revisitação de evento rico em mobilização emocional. Caso seja percebida a instalação de sinais que demonstrem essa ocorrência, imediatamente será interrompida a entrevista e oferecido apoio, bem como atendimento integral e irrestrito para qualquer intercorrência durante a pesquisa, seja de caráter físico ou emocional sendo este de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Dentre os benefícios dessa participação, está o fato de proporcionar o desabafo, pois poderão falar sem receio de algo que geralmente não tem oportunidade, bem como poderem expor sentimentos e anseios, os quais poderão favorecer alívio e melhora emocional para o enfrentamento do TRM.

Obrigada por sua atenção!

---

Daniella Vieira Ferreira  
Pesquisadora Responsável

---

Profa Dra Maria Eliane Liégio Matão  
Orientadora

Considerando os dados acima, CONFIRMO que fui informada sobre a presente pesquisa e concordo em participar. Assim, Eu, \_\_\_\_\_, documento de RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa e concordo com minha participação.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Caso não consiga assinar, por favor, apor o polegar direito no espaço abaixo:



## APÊNDICE C – FICHA PARA REGISTRO DE DADOS SOCIOCULTURAIS

1. Nome fictício: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Qual o seu grau máximo de escolaridade?  
( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado
4. Estado Civil:  
( ) Solteira ( ) Casada ( ) Amasiada ( ) Separada / Divorciada ( ) Viúva  
( ) Viúva com companheiro ( ) Namorando
5. Em relação à cor da pele, você se considera:  
( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo (oriental) ( ) Vermelho (indígena)  
( ) Prefiro não declarar
5. Em relação à religião, você diria que é:  
( ) Ateísta ( ) Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião ( ) Católico  
( ) Católico não praticante ( ) Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro) ( ) Espírita kardecista ( ) Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé) ( ) Budista ( ) Muçulmano ( ) Judeu  
( ) Prefiro não declarar
6. Município e Estado de Nascimento: \_\_\_\_\_
5. Mora na região:  
( ) Urbana (cidade) ( ) Rural (fazenda, sítio, chácara, aldeia, etc.)
6. O local de residência é:  
( ) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Outro \_\_\_\_\_
7. Em que localidade da cidade seu domicílio se encontra?  
( ) Bairro na periferia da cidade ( ) Bairro na região central da cidade  
( ) Condomínio residencial fechado ( ) Conjunto habitacional ( ) Favela / Cortiço  
( ) Região rural (chácara, sítio, fazenda, aldeia, etc.) ( ) Outro: \_\_\_\_\_
8. Com quem você mora? (múltipla escolha)  
( ) Pais ( ) Filhos ( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Sogros ( ) Parentes  
( ) Amigos ( ) Empregados domésticos ( ) Outros \_\_\_\_\_ ( ) Sozinha



9. Quantos filhos nascidos vivos você teve no total?  
( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ou mais
10. Qual destes métodos anticoncepcionais você utiliza?  
( ) Preservativo (camisinha) ( ) Pílula anticoncepcional ( ) DIU (dispositivo intra-uterino) ( ) Diafragma ( ) Pílula do dia seguinte ( ) Tabelinha  
( ) Laqueadura de trompas ( ) Não tenho vida sexual ativa
11. Antes da lesão qual era o seu trabalho ou ocupação principal? \_\_\_\_\_
12. Atualmente você:  
( ) Apenas estuda ( ) Trabalha e estuda ( ) Apenas trabalha  
( ) Está desempregada ( ) Está de licença ou incapacitada de estudar / trabalhar  
( ) Está aposentada ( ) Não trabalha nem estuda
13. Qual é a sua renda familiar mensal?  
( ) Menos de 1 salário mínimo (até R\$788)  
( ) De um a dois salários mínimos (entre R\$788 e R\$1.576)  
( ) De dois a cinco salários mínimos (entre R\$1.577 e R\$3.940)  
( ) De cinco a dez salários mínimos (entre R\$3.941 e R\$7.880)  
( ) De dez a quinze salários mínimos (entre R\$7.881 e R\$11.820)  
( ) De quinze a vinte salários mínimos (entre R\$11.821 e R\$15.760)  
( ) Acima de vinte salários mínimos (R\$15.761)  
( ) Prefiro não declarar
14. Quantas pessoas (contando com você) contribuem para a renda da sua família?  
( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ( ) Seis ou mais
15. Quantas pessoas (contando com você) vivem da renda da sua família?  
( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ( ) Seis ou mais
16. Você e/ou sua família tem convênio com plano de saúde (médico ou odontológico)?  
( ) Sim ( ) Não
17. Qual o meio de informação que mais tem contato?  
( ) Jornais ( ) Revistas ( ) Televisão ( ) Internet ( ) Livros ( ) Rádio AM/FM
18. Com que frequência você tem acesso a estes meios de informação?  
( ) Diariamente ( ) Quase diariamente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca
19. Com que frequência você:

Cinema	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )
Estádio	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )
shopping	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )
Shows	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )
danceterias	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )
Prática de esportes	Semanal ( )	Mín 1x/mês ( )	Mín 1x/ano ( )	Menos que 1x/ano ( )	Nunca ( )

20. Você já sofreu algum tipo de preconceito depois da condição de ser mulher portadora de deficiência?

( ) Sim ( ) Não

21. Você já fez algum tipo de tratamento com psicólogo, psiquiatra e/ou psicanalista?

( ) Sim, apenas terapia ( ) Sim, apenas tomei medicação ( ) Sim, fiz terapia e tomei medicação ( ) Não ( ) Prefiro não declarar

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÃO

1) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça **QUANDO VOCÊ** escuta a expressão **sexualidade e reprodução em mulheres com trauma raquimedular?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

2) Justificar as 2 primeiras repostas dadas por você.

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Como acredita que **MULHERES SEM trauma raquimedular** responderiam quando pensam ou escutam a expressão **sexualidade e reprodução em mulheres com trauma raquimedular?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

4) Justificar as 2 primeiras repostas dadas por você.

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1 - Como você percebe sua vida após o trauma raquimedular em questões do cotidiano da vida, como vivência com outras pessoas, limitações entre outros?

2 – Como está sua vida amorosa?

3 – Como você descreve sua experiência relacionada à sexualidade ao longo de sua vida e, em especial, após o trauma raquimedular?

4 - Quais recursos/estratégias você usa para satisfazer suas necessidades sexuais?

5 – E qual sua expectativa quanto à sexualidade?

6 – O que pensa sobre a reprodução?

7 – Você pode relatar os principais fatores que ajudaram e os que dificultaram seu processo de adaptação após o trauma raquimedular? (mínimo de 2 itens para cada um):

Facilitadores:

---

---

---

---

Dificultadores:

---

---

---

---

Observação: em todas as questões para dar prosseguimento, poderão ser feitas perguntas do tipo: fale um pouco mais sobre isso? Pode explicar? Como assim?