

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

MONISE MINATTO SCUSSEL

**A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL
EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA- SC**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011.

MONISE MINATTO SCUSSEL

**A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL
EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA- SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Fisioterapeuta no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Évelin Vicente

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011.

MONISE MINATTO SCUSSEL

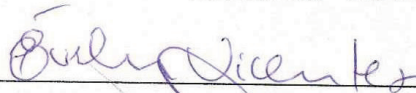
**A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL
EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO
DE CRICIÚMA- SC**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado para a obtenção de Grau de
Fisioterapeuta, no curso de Fisioterapia
da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC, com Linha de
Pesquisa em Fisioterapia
Neurofuncional.

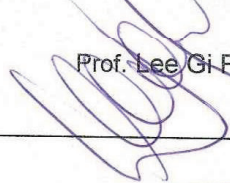
Criciúma, 21 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

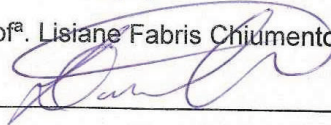
Profª. Évelin Vicente - Dra Neurociências - UNESC - Orientador



Prof. Lee Gi Fan



Profª. Lisiane Fabris Chimento



AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial ao meu grande amigo, que está sempre comigo, fiel e companheiro, que guia meus passos, me dá força e sabedoria. Deus, exemplo verdadeiro de amor!

Minha mãe Luzia, meu maior exemplo! Minha amiga a sua força, garra, determinação, são inspiração para mim. Seu amor, carinho, dedicação, esforço, a preocupação constante em me ver feliz, sempre movendo coisas quase que impossíveis (pois para você nada é impossível) para ajudar no meu crescimento e felicidade, são realmente dons que vem de Deus! Meu grande pai Heraldo, seu caráter é admirável, seriedade, humor e responsabilidade, mantendo o pé no chão, seguindo sempre com segurança, pensando no melhor para nossa família. Com você estou sempre aprendendo grandes valores que levarei comigo durante toda minha vida. Meus pais, o conforto que me passam nos seus olhares me dão confiança e segurança para prosseguir adiante, sendo o que de melhor vocês me ensinaram a ser com toda vossa sabedoria. Verdadeiros heróis, tenho muito a agradecer à vocês pelas oportunidades que me proporcionam de conhecimento, a confiança que depositam em mim, educação que me dão. Mesmo em momentos que a gente discordar, vou sempre honrar vocês, meu respeito sempre lhes darei! O melhor presente que eu ganhei da vida, foram vocês. E que presentão, hein?! Não poderia ser melhor. Amo vocês incondicionalmente!

A minha irmã que escolhi Juliana... Convivendo desde criança, não precisamos falar nada, nos compreendemos no olhar. Principalmente quando está de mau humor. Sei que estará comigo no coração, assim como estarei para sempre com você. Podemos não entender, mas apoiamos. E assim nos amamos!

Aos meus maninhos de coração, Rafa, Fer e “Sara”“Jane”. Grandes companhias, parceiros verdadeiros. Nas melhores e nas piores roubadas, juntos, nada fica tão ruim.

Minhas quintas-feiras nunca mais serão as mesmas, sem vocês meus companheiros de quintas. As melhores parcerias que poderia encontrar, numa das melhores fases da minha vida. Amo todos vocês, amigos! Todos! Estamos juntos!

Agradeço a minha orientadora exemplo de responsabilidade e dedicação ao que se propõe a fazer. Preocupação e paciência não lhe faltaram. Évelin, obrigada pelos conhecimentos passados e a confiança em mim depositada.

Colegas, cinco anos de convivência com bastante alegrias, tristezas também, festas, descontração, risadas, discordância. Até que foi fácil, né?! Passou tão ligeiro, mas

sempre lembrarei de todos com carinho. Quem sabe nos encontramos por aí, daqui uns anos, velhinhos, lembrando essa época tão especial. Eu viveria tudo novamente com vocês.

Ficarão as lembranças e as saudades. Recordações maravilhosas de uma fase que chega ao fim e que dá início a outra! Prova que tudo deu certo é olhar para trás e poder dizer com orgulho, Valeu a Pena!!! Sucesso!

SUMÁRIO

Capítulo I: Projeto de Pesquisa.....	7
Capítulo II: Artigo Científico.....	42
Capítulo III: Normas da revista.....	59

CAPÍTULO I – PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

MONISE MINATTO SCUSSEL

**A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL
EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA- SC**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011.

MONISE MINATTO SCUSSEL

**A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL
EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA- SC**

Projeto de Pesquisa do Programa de
Graduação em Ciências da Saúde destinado à
aprovação do Comitê de Ética.

Orientador(a): Prof. Dr^a. Évelin Vicente

Orientador Metodológico: Prof^a. Lisiane Fabris
Chiumento

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2011.

LISTA DE ABREVIATURA

QSH-LM - Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular

AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente

ASIA - Associação Americana de Lesões de Coluna

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Problematização	6
1.2 Hipóteses	7
1.3 Objetivos	8
Objetivo Geral	8
Objetivos específicos	8
1.4 Justificativa	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 Lesão Medular.....	18
2.1.1 Paraplegia	19
2.1.2 Tetraplegia	20
2.2 Sexualidade.....	20
2.3 Disfunção sexual	21
3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.....	24
3.1 Características e tipo da pesquisa.....	24
3.3 Instrumentos de Pesquisa	25
3.4 Procedimentos de Pesquisa	25
3.5 Tabulação e Apresentação dos Dados	25
4. CRONOGRAMA.....	25
5 ORÇAMENTO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
APÊNDICES.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa pretende ampliar a discussão sobre deficiência e sexualidade valorizando as expectativas, crenças, desejos e experiências de indivíduos com deficiência física. A percepção, interesse e problematização dos participantes em relação à sua sexualidade e seus desdobramentos na sua família, serviço de saúde e círculos de amizade motivaram um maior aprofundamento da temática e apontaram para a necessidade de abordar o conceito sexualidade de maneira englobante.

O imaginário social que envolve o jovem deficiente contribui para uma visão estigmatizante e limitante pautada em valores, crenças e expectativas sociais que traduzem o portador de deficiência como incapaz, frágil e vulnerável. O fator de risco ressaltados destes portadores se retroalimenta do pressuposto que o indivíduo portador de deficiência é um ser incompleto sexualmente sem possibilidades ou desejos afetivo-sexuais, que deve ser cuidado e protegido (SOARES et al, 2006).

A medula espinal funciona como uma via de comunicação entre as diversas partes do corpo e o cérebro e, como reguladora no exercício de funções vitais ligadas a respiração, a circulação, a bexiga, ao intestino, ao controle térmico e a atividade sexual (MANHÃES, 2004).

A lesão medular espinal está entre as lesões mais graves que uma pessoa pode ter. Os efeitos pessoais e sociais são profundamente significantes, pois conferem incapacidade permanente a estas pessoas, que são na sua maioria adultos jovens (COSTA, 2005).

O traumatismo raquimedular é uma patologia incapacitante e devastadora, causando a falência de uma série de funções vitais como a locomoção; sensibilidade; sexualidade; eliminação de urina e fezes; e do sistema nervoso autonômico, que agrava ainda mais essas alterações (GREVE, CASALIS e FILHO, 2001).

A lesão traumática da medula espinal é uma condição que coloca a vida em risco, tem início súbito e pode ter conseqüências devastadoras. O tratamento clínico inclui a conduta nos casos de trauma na fase aguda e na reabilitação. Os objetivos do tratamento são criar uma pessoa saudável que possa escolher seu próprio destino (STOKES, 2000).

A lesão seja ela em qualquer nível traz consigo alterações na função sexual (UMPHRED, 2004). As várias vias aferentes e eferentes proporcionam um elo vital no controle no sistema nervoso autônomo, portanto a transecção da medula irá resultar na perda ou alteração da capacidade motora, sensibilidade superficial e profunda, controle vasomotor, controle intestinal e da bexiga e na função sexual (BROMLEY, 1997).

O trauma raquimedular acarreta alterações na função sexual comprometendo respectivamente mais os tetraplégicos completos, tetraplégicos incompletos, paraplégicos completos e por último, os paraplégicos incompletos. Assim, é importante enfatizar, que o grau de disfunção orgânica e sexual está diretamente relacionado com o nível, a extensão da lesão, e o tempo pós-lesão (SUAID et al., 2002).

A função sexual varia amplamente em pacientes com lesões incompletas, de acordo com o grau de lesão medular sofrida. Qualquer forma de sensibilidade pode ser indicação de preservação de sexualidade genital (BROMLEY, 1997).

1.1 Problematização

Indivíduos que sofrem uma lesão medular podem apresentar, além de incapacidades motoras, modificações na sexualidade no ato e na função sexual. Além dos aspectos físicos que podem ser alterados pela lesão, é preciso considerar os aspectos de natureza emocional que esses indivíduos sofrem, que pode estar relacionado diretamente à sua capacidade física. Existe um certo desconhecimento das capacidades de um lesado medular, muitos acreditam que uma pessoa que tenha sido acometido com um traumatismo raquimedular não possa vir a ter vida sexual ativa. E ainda é pouco conhecida a intervenção fisioterapêutica para a reeducação sexual.

Segundo Bastos & Deslandes (2005), uma das maiores barreiras para a discussão da sexualidade de pessoas com deficiência deve-se à escassez de relatos de experiência sobre o assunto, que alimentada pelo preconceito e discriminação existentes colabora para uma perspectiva de que o portador de deficiência não tem direito a exercer a sua sexualidade.

Diante o exposto formulou-se a seguinte questão problema: **Quais os aspectos sobre a sexualidade mais relevantes aos participantes da ONG Associação Vida Ativa São José, integrados por paraplégicos e tetraplégicos, e de que forma a fisioterapia pode contribuir?**

Questões norteadoras:

1. Quais são as considerações a respeito da sexualidade dos participantes do estudo?
2. Qual o nível de informações dos investigados a respeito de reeducação sexual?
3. Quais são os conhecimentos dos membros da Associação Vida Ativa sobre a Fisioterapia em relação ao tema investigado?
4. Quais as formas de intervenção da fisioterapia sobre a reeducação sexual nos pacientes com lesão raquimedular?

1.2 Hipóteses

Sendo considerada como um problema de saúde coletiva, a lesão medular pode apresentar distúrbios motores, sensitivos, autonômicos, psicológicos e assim, a sexualidade, o ato sexual e a função sexual podem sofrer modificações variando a intensidade. Nos casos de lesão medular, o intercuro sexual pode não se processar de modo espontâneo o deficiente físico pode e deve procurar sua satisfação sexual (SANTARELLI, 1999).

Diagnosticando as condições de sexualidade dos participantes do estudo, acredita-se que será possível definir estratégias visando uma intervenção positiva sobre a atuação sexual dos cadeirantes. Mostrando como a Fisioterapia poderá atuar na reabilitação, na melhora da qualidade de vida, por meio de técnicas específicas. Procurando minimizar a sensação de deficiência, satisfação tanto

quanto para seu prazer, como satisfazendo seu companheiro (a), proporcionando autonomia e a visão de suas capacidades.

Segundo Stokes (2005), o fisioterapeuta pode ser útil para ajudar os pacientes nos problemas de posicionamento e mobilidade articular quando eles se relacionarem com atividade sexual. Também interagem com frequência com mulheres grávidas com lesão medular com respeito a exercícios para o pré e pós-parto e para o desenvolvimento de estratégias e equipamento adaptativo que ajude no cuidado inicial do bebê.

1.3 Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a intervenção fisioterapêutica na sexualidade dos lesados medulares paraplégicos e tetraplégicos participantes da Associação Vida Ativa São José de Criciúma-SC.

Objetivos específicos

1. Analisar as considerações a respeito da sexualidade dos participantes do estudo.
2. Analisar o nível de informação dos investigados a respeito de reeducação sexual.
3. Identificar os conhecimentos dos membros da Associação Vida Ativa sobre a Fisioterapia em relação ao tema investigado.
4. Verificar as formas de intervenção da fisioterapia sobre a reeducação sexual em lesados medulares.

1.4 Justificativa

A sexualidade em lesados medulares e as questões que a envolvem não são tão diferentes da população sem nenhuma deficiência. Todavia, há uma tendência a dar-se ênfase às diferenças, e não às semelhanças que existem entre pessoas deficientes ou não. O indivíduo que sofre mudança brusca da integridade física para um distúrbio, sofre mudanças em todos os níveis que influenciam a qualidade de vida.

Dentre essas mudanças a vida sexual é um item de grande curiosidade que surge pelos próprios paciente e por pessoas próximas a ele. Apesar de ser um tema importante, ele ainda é pouco abordado.

Esse problema clínico complexo envolve não somente as mudanças físicas neurais e endócrinas, mas também exerce um grande impacto sobre a auto-imagem e sentimentos emocionais do cliente com respeito à sua sexualidade. Uma auto-imagem positiva e sentimentos de auto-estima são também importantes para que se vença os problemas fisiológicos, psicológicos e técnicos. Problemas com atividade sexual precisam ser trabalhados com cuidado com a pessoa lesada medular e seu parceiro,. Qualquer pessoa que decida pode ter uma vida sexual satisfatória e significativa que inclua casamento, filhos e família (STOKES, 2000).

A função sexual alterada é uma preocupação de pacientes portadores de lesão medular. O aconselhamento e a educação sexual são bastante indicados sendo que abordam assuntos como as áreas de disfunção sexual, comportamentos alternativos, preocupações dos pacientes, avaliação da função sexual individual. A promoção e a atenção à saúde dos lesados medulares englobam medidas restauradoras, preventivas e de reabilitação visando preservar, restaurar ou desenvolver funções motoras ou sensitivas, com o intuito de recuperar e compensar os fatores que acarretam perda ou diminuição do bem estar destes pacientes (PEIXOTO et al, 2003).

Pesquisas científicas que abordam esse tema são escassas e pobres. Buscar maiores conhecimentos a respeito da satisfação sexual das pessoas portadoras da lesão medular é de grande importância para a contribuição tanto para com nossos pacientes e para nossa atuação profissional na reabilitação sexual.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Lesão Medular

Existem 30 segmentos na medula espinhal: 8 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares e 5 sacrais (BROMLEY, 1997).

A lesão da medula espinal é uma das mais graves complicações que causam incapacidade no ser humano, pois provoca falência de uma série de funções vitais como na locomoção, sensibilidade, sexualidade, sistema urinário e intestinal e do sistema nervoso autônomo. Considerando ainda que as principais causas do traumatismo raquimedular são as traumáticas e que a maioria da população atingida tem menos de 40 anos e são jovens ativos, podemos observar uma grave incapacidade que os acomete, com repercussões físicas e psicológicas (GREVE, CASALIS e FILHO, 2001).

As lesões medulares são cada vez mais freqüentes devido principalmente ao aumento da violência urbana. Dentre as causas, o acidente de trânsito e a agressão por arma de fogo são as mais comuns. Os pacientes acometidos, em sua maioria, são jovens, do sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas¹. Tais lesões geram uma incapacidade de alto custo para o governo e acarreta importantes alterações no estilo de vida do paciente. Ela causa perda parcial ou total da motricidade e sensibilidade, além de comprometimento vasomotor, intestinal, vesical e sexual (TARNHOVI, 2004). Além de sua gravidade e irreversibilidade, exigem um programa de reabilitação longo e oneroso, que na maioria das vezes não leva à cura, mas à adaptação do indivíduo à sua nova condição. Esse processo de reabilitação, no entanto, vai para além da prevenção dos danos causados pela lesão e objetiva principalmente melhora da qualidade de vida através da independência funcional, melhora da auto-estima e inclusão social desses pacientes (JMD, 1999).

Mecanismos traumáticos – Trauma, a causa mais comum de lesões medulares, ocorre mais frequentemente como resultado de formas de impacto de alta velocidade. Com a exceção dos ferimentos com arma de fogo e armas penetrantes, a maioria das lesões na medula resulta de indiretas geradas pelo movimento da cabeça e tronco, e raramente essas lesões são resultado de forças

diretas sobre uma vértebra. Varias áreas da são biomecanicamente mais suscetíveis a fraturas e luxações que resultam em lesão medular.

Classificação dos traumas – níveis de lesão. O meio mais comum e recomendado de descrever uma lesão medular é classificando-a em completa ou incompleta e em um determinado nível da coluna vertebral. (STOKES, 2000).

Lesão completa

Descreve o caso em que toda a comunicação neural onde está a lesão é interrompida, ocorrendo na transecção completa da medula espinhal (STOKES, 2000)

Lesão incompleta

Existem padrões reconhecidos de lesão medular incompleta que tendem a apresentar clinicamente as combinações de síndromes em vez de danos isolados. Os sinais e sintomas estão relacionados com as regiões anatômicas afetadas na medula espinhal (STOKES, 2000).

Os pacientes com lesão da medula espinhal são de inícios totalmente dependentes e necessitam de cuidados especializados e treinamento para que se tornem independentes novamente. É um excitante desafio estar envolvido nesta tarefa e contribuir para a metamorfose que ocorre quando um paciente tetra ou paraplégico evolui para a forma mais participativa de spinal man (BROMLEY, 1997).

2.1.1 Paraplegia

As paraplegias resultam de lesões (traumáticas ou não) "que comprometem os segmentos medulares localizados abaixo da T1 (primeiro segmento medular torácico), resultando em perda total dos movimentos e sensibilidade dos membros inferiores" (SCHERB, 1998, p. 27). Como seqüelas tendem a ocorrer perdas relacionadas à autonomia nas excreções, nas funções sexuais (compreendidas como os aspectos biofisiológicos da sexualidade, tais como ereções, ejaculações e fertilidade) e nos movimentos abaixo do local da lesão, além do aparecimento das úlceras de decúbito, presentes na maioria dos lesados medulares nos primeiros anos após o acidente (SILVA e ALBERTIN, 2007).

Paraplegia refere-se à paralisia parcial ou completa de parte ou ambos os membros inferiores e tronco, resultante de lesões da medula espinhal torácica, lombar ou das raízes sacrais (SCHMITZ, 2004).

Segundo Stokes (2000), paraplegia refere-se à deficiência ou perda de função motora e/ou sensorial nos segmentos torácico, lombar ou sacral da medula espinhal. A função dos membros superiores é preservada, mas o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem ficar comprometidos.

2.1.2 Tetraplegia

Tetraplegia refere-se à paralisia parcial ou completa dos quatro membros e todo ou parte do tronco, incluindo os músculos respiratórios, e resulta de lesões da medula cervical. (SCHMITZ, 2004; BROMLEY, 1997).

O termo tetraplegia é preferido à quadriplegia. Os pacientes tetraplégicos têm deficiência ou perda de função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da medula espinhal. A função nas extremidades superiores, extremidades inferiores e no tronco é afetada, inclusive a função dos músculos respiratórios (STOKES, 2000).

Na tetraplegia as alterações motoras, sensitivas, autônomas e metabólicas ocorrem em menor intensidade do que na paraplegia (SHERB, 1998).

2.2 Sexualidade

A sexualidade é um dos mais importantes meios de comunicação do ser humano. Dentro da sexualidade masculina a ereção representa uma função marcante, e sua perda abala física, emocional e socialmente a auto-estima do homem. Essa “comunicação” entra então em colapso, e o homem, acuado, atinge graus variáveis de introversão, tornando-se cada vez mais inseguro não só na cama como também fora dela (LOPES e VELÁSQUEZ, 1994).

A sexualidade humana pode ser vista tanto em seu significado emocional

e espiritual, quanto como instrumento para a perpetuação da espécie. Uma vida sexual feliz e plena é uma importante fatia da felicidade e da totalidade da natureza humana. Para que a sexualidade seja agradavelmente completa, o sexo precisa ser emocional e esteticamente prazeroso e fisicamente competente.

O exercício da sexualidade é um direito de todos e a carência de informações com relação a diversas questões que envolvem a sexualidade do portador de deficiência é um impedimento para o mesmo.

Para Lhomond (1999), a sexualidade é um fenômeno socialmente construído, apesar de ser considerado, muitas vezes, como uma evidência “natural”.

2.3 Disfunção sexual

A partir da associação entre os modelos de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1977), estabeleceram-se critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (2002), que definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. As disfunções sexuais, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, o que afeta uma ou mais das fases deste. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual, e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente (ABDO, 2004).

Quando uma pessoa se vê diante de um bloqueio de natureza orgânica e/ou psicogênica, existe a possibilidade de ela desenvolver interrupção em uma das três fases que compõem o ciclo da resposta sexual (*desejo, excitação e orgasmo*).

Neste caso, o transtorno sexual é denominado disfunção sexual.

Em relação às disfunções sexuais ocorridas após traumatismos medulares, é de primordial importância o local da lesão. Sabe-se que, no homem, o centro da ereção, pela resposta à estimulação tátil, localiza-se S2, S3 e S4. Existe ainda, no cordão torácico inferior, um centro adicional responsável pelas ereções

induzidas psicogenicamente. Quando a lesão ocorre pouco acima do centro de ereções reflexas e abaixo do centro de ereções psicogênicas, ainda é possível por estimulação direta das regiões genitais ou do ânus. Na mulher, a lesão medular precisa ser mais estudada. Sabe-se que o orgasmo pode ocorrer graças a fantasias ou estímulos acima do nível do comprometimento sensorial, especialmente nos seios. O desejo em ambos os sexos está diminuído, nos primeiros momentos após o traumatismo, devido à diminuição da auto-estima.

Segundo Montague (1988), “a impotência neurogênica existe quando a patologia neurológica leva prejuízo à liberação normal dos neurotransmissores nas junções neuromusculares entre o nervo cavernoso e a musculatura lisa dos corpos cavernosos”.

Essa definição nos permite compreender o defeito básico comum a todas as formas de impotência neurogênica, independente da patologia propriamente dita: a incapacidade de transmitir informações neurológicas para a musculatura lisa dos corpos cavernosos, levando ao seu relaxamento e a conseqüentes alterações hemodinâmicas associadas à ereção. É, portanto, o mesmo mecanismo nos homens impotentes com patologias cerebrais, medulares, neuropatias periféricas e lesões diretas da inervação (MEDSI, 1994).

Pacientes masculinos: os pacientes masculinos com lesões altas frequentemente apresentam priapismo durante horas ou durante vários dias após a lesão. Subseqüentemente, toda a função sexual é abolida durante o estágio de choque espinhal. O retorno posterior da função irá depender do nível e da extensão da lesão. Para pacientes com lesões completas acima do centro reflexo no cone medular, ereções automáticas ocorrem em resposta à estimulação local, mas não haverá sensação durante o intercuro sexual. Pacientes com lesão baixa da medula, acima dos centros reflexos sacrais, podem não somente apresentar ereções reflexas mas também ereções psicológicas, se as vias simpáticas estiverem intactas. Ocasionalmente, estas ereções podem ser acompanhadas por ejaculação. O fluido seminal irá passar através da uretra somente se houver uma contração associada do esfíncter vesical interno. De outro modo, ele reflui para dentro da bexiga.

A função sexual varia amplamente em pacientes com lesões incompletas, de acordo com o grau de lesão sofrida. Qualquer forma de sensibilidade no pênis pode ser indicação de preservação de sexualidade genital.

Pacientes femininos: *menstruação*: a interrupção do ciclo menstrual

ocorre na maioria das mulheres que apresentam lesões completas ou incompletas que não estão tomando pílula anticoncepcional. Isto pode levar de uns poucos meses a mais de um ano; *Gravidez*: À parte a perda da sensibilidade genital, a função sexual está intacta para as pacientes com lesões completas. Tanto as mulheres paraplégicas quanto as tetraplégicas podem ficar grávidas e ter bebês normais. Contrações uterinas ocorrem normalmente (BROMLEY, 1997).

3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

3.1 Características e tipo da pesquisa

Estudo da área de ciências da saúde, subárea Fisioterapia. Em relação à natureza do estudo classifica-se como básica, quanto ao problema caracteriza-se como qualitativo, com objetivos exploratórios e descritivos. Possui característica de procedimentos técnicos como retro-prospectiva, bibliográfica, levantamento. Quanto às fontes de informações: pesquisa de campo e pesquisa bibliográfica. A pesquisa é do tipo observacional e descritivo.

O estudo será realizado no Grupo Vida Ativa do Hospital São José do município de Criciúma-SC. A associação Vida Ativa São José é um grupo interdisciplinar de apoio ao lesado medular. Este grupo surgiu em 29/05/2006 com o objetivo de: orientar os portadores de lesão medular, familiares e cuidadores sobre os atendimentos imediatos pós-trauma e tardios para uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar. Promovendo debates, palestras e trocas de experiências. Constando até o momento com 60 cadeirantes o grupo tornou-se ONG no mês de novembro de 2010. Tendo como presidente o Dr. Jiovani Fuzer, e como tesoureira a irmã Maria Argentina De Souza. As reuniões ocorrem toda última 6ª feira de cada mês a partir das 14:00 horas na Clínica de Fisioterapia São José, localizada no andar térreo do ginásio de esporte do Hospital São José.

3.2 Amostra

Participarão do estudo indivíduos acometidos com trauma raquimedular, paraplégicos e tetraplégicos, integrantes do Grupo Vida Ativa de Criciúma. No momento estima-se a média de 30 integrantes no Grupo, sendo selecionados para o estudo os que estejam de acordo com o aceite para participar e critérios de inclusão/exclusão.

Os critérios de inclusão serão: pacientes com diagnóstico de traumatismo raquimedular, independente do tempo e do nível da lesão, ter tido qualquer tipo de atividade sexual ativa pré lesão medular, com idade igual ou maior de 18 anos, que

freqüentam o Grupo Vida Ativa e, que aceitem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III). Serão excluídos do estudo participantes que não consintam com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); os que tiverem idade inferior a 18 anos; os que não tiveram nenhuma atividade sexual pré lesão medular.

3.3 Instrumentos de Pesquisa

Para a realização desta pesquisa será utilizado um questionário adaptado, pela pesquisadora deste estudo, do Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM), contendo os dados de identificação e questões sobre a sexualidade (APÊNDICE I). O questionário será preenchido pelo próprio participante do estudo. Tal instrumento será apreciado por 3 (três) especialistas da área (APÊNDICE II).

3.4 Procedimentos de Pesquisa

A pesquisa será cadastrada junto ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – SISNEP e posteriormente encaminhada ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da UNESC. Após a sua aprovação será agendado uma reunião com os participantes do Grupo Vida Ativa explicando o tipo de pesquisa e efetuando um convite para a participação da mesma e aqueles que aceitarem participar, assinarão o TCLE e será agendado um dia com cada integrante para responder o questionário.

3.5 Tabulação e Apresentação dos Dados

Os dados obtidos nas avaliações serão devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SpSS 17.0 for Windows[®]. Após analisado, os dados serão transferidos ao programa Microsoft Excel[®] para construção de gráficos e assim, confrontados com a literatura científica.

5 ORÇAMENTO

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO EM R\$
Materiais de consumo		
Folhas/ Impressão	03 resmas/cópias	R\$ 100,00
CDs	04 unidades	4,00 R\$
Notebook Intelbras	01 unidade	Já existente
Câmera Fotográfica SONY	01 unidade	Já existente
Condução	01 mensal	50,00 R\$ mensal
TOTAL GERAL		R\$ 154,00

A pesquisa terá um custo aproximado de 154,00 reais (cento e cinquenta e quatro reais). Todos os custos com a pesquisa serão de responsabilidade e arcados totalmente pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, CHN. - **Descobrimento Sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004.

Associação Americana de Psiquiatria. - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002

BASTOS, OM, DESLANDES, SF. **Sexualidade e o adolescente com doença mental: uma revisão bibliográfica**. Rev C S Col, 2005.

BROMLEY, I. **Paraplegia & tetraplegia: um guia teórico - prático para fisioterapeutas, cuidadores e familiares**. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

COSTA, VS. **Efeito do uso da cinta abdominal elástica na função respiratória de indivíduos lesados medulares na posição ortostática**. 2005. 123p. dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Universidade de São Paulo, São Paulo

DA SILVA, LCA; ALBERTINI, P. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. **Rev. Dep. Psicol.**,UFF vol.19 no.1 Niterói 2007. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100003&lang=pt > Acessado em: 28/10/2010.

GREVE, JMD'A; CASALIS, MÊP; FILHO, TEP. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal**. São Paulo. Roca, 2001.

KAPLAN, HS - **A Nova Terapia do Sexo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977

LHOMOND, B. Sexualidade e juventude na França. In: Heilborn ML, organizador. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1999.

LOPES, G; CÁCERES VELÁSQUEZ, A. . **Patologia e terapia sexual**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994

MANHÃES, RB. **A engenharia d reabilitação e as características psicossociais de pessoas com lesão medular submetidas a um programa de estimulação elétrica neuromuscular**. 2004. 248p. dissertação (Pós Graduação em Bioengenharia Interunidades) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SCHMITZ, TJ. Lesão Medular Traumática. In: O’SULLIVAN SB, SCHIMITZ TJ. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. 4 ed. São Paulo: Manole; 2004.

MASTERS, WH.; JOHNSON, VE. - **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

PEIXOTO, BO; ÁVILA, JO.; BLASCOVI-ASSIS, SM; APARECIDA, EM; QUAGLIATO, B. Lesão medular: estudo do potencial evocado como recurso prognóstico e comparação entre o tratamento de estimulação elétrica neuromuscular e fisioterapia convencional. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro , v.4, fev./2003.

SOARES AHR, MONTEIRO LMC, POHL HG. The quality of life of adolescents with spina bifida at the Children’s National Medical Center – Washington DC. **Rev C S** 2006.

SUAID, HJ; ROCHA, JN; MARTINS, ACP; COLOGNA, AJ; SUAID, CA; RIBEIRO, AGB; SALZEDAS, PL. Abordagem pelo Urologista da Sexualidade no Lesado Raquimedular. **Acta Cirúrgica Brasileira**. V 17, n 3, 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br> > Acesso em 23 nov. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Instrumento de Pesquisa



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE -
UNESC
CURSO DE FISIOTERAPIA



**A FISIOTERAPIA NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO SEXUAL EM
PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA – SC**

*QUESTIONÁRIO (Adaptado do Questionário de Sexualidade Humana em
Lesão Medular – QSH-LM)*

1 – Dados de Identificação

Nome (opcional): _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor: da pele: () Amarela () Branca () Negra () Parda

() Outra. Qual? _____

Estado Civil: _____

Profissão (opcional): _____

1.1 Sobre a Lesão Medular

Nível Neurológico da lesão medular: _____

Data do acometimento: _____

Causa da lesão medular: () acidente de trânsito () quedas () esportes

() mergulhando em águas rasas () arma de fogo () acidente de trabalho

() arma branca (faca...)

() outros. Qual? _____

Sua lesão é do tipo:

() Não sei

() Não diagnosticada

() Incompleta

() Completa

Lesão medular **incompleta**: é aquela que preserva alguma sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) abaixo do nível da lesão.

Lesão medular **completa**: é quando **não** há qualquer sensibilidade ou movimento intencional (que você desejou realizar) preservados abaixo do nível da lesão.

2 – Aconselhamento sexual

2.1 Você recebeu algum tipo de orientação ou aconselhamento em relação à função sexual após a lesão medular?

() Sim

() Não

2.2 Se a resposta acima for sim por qual profissional você recebeu orientação?

() Fisioterapeuta

() Assistente social

() Médico

() Outro(s): _____

() Enfermeiro

() Psicólogo

2.3 Você acha que algum tipo de orientação melhoraria a qualidade da sua vida sexual?

- Não
- Melhoraria pouco
- Melhoraria moderadamente
- Melhoraria muito

3 - Prática sexual após a lesão medular

3.1 Você tem vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) atualmente?

- não
- sim

3.2 Se a resposta à pergunta acima for sim quanto tempo depois da lesão medular você iniciou sua vida sexual ativa?

- Após 1 mês
- Após 3 meses
- Após 6 meses
- Após 1 ano
- Após mais de 1 ano

Outro _____

3.3 Qual é a sua frequência sexual (em média) após a Lesão Medular?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- de 2 a 7 vezes por semana
- 1 vez a cada 15 dias
- 1 vez por mês
- 1 vez a cada 2 meses

Outro (s): _____

3.4 O seu desejo sexual após a Lesão Medular?

- Diminuiu após a lesão
- Se manteve igual
- Aumentou após a lesão

3.5 Se você mantém relações sexuais, qual o seu grau de satisfação em relação a suas relações sexuais?

- muito satisfatório
- satisfatório
- pouco satisfatório
- não satisfatório

3.6 Você se sente seguro(a) para poder aproveitar a relação sexual?

- Sim
- Frequentemente
- Raramente
- Não

3.7 O quanto você se sente confortável com seu desempenho sexual atual?

- Muito confortável
- Parcialmente confortável
- Pouco confortável
- Incômodo
- Muito desconfortável

3.8 Você possui dúvidas sobre posturas que possam facilitar a prática sexual?

- Sim
- Não

3.9 Você consegue chegar ao orgasmo?

- Não
- Consigo pouco
- Consigo frequentemente
- Consigo sempre

3.10 (Somente para mulheres) Você consegue obter e manter sua lubrificação (umidade) vaginal?

- Sim
- Frequentemente
- Raramente
- Não

3.11 (Somente para homens) Você possui dificuldade para conseguir a ereção?

- Sim
- Frequentemente
- Raramente
- Não

3.12 (Somente para homens) Quanto tempo dura a sua ereção?

- Não tenho ereção
- Pouco tempo
- Tempo médio
- Muito tempo

3.13 (Somente para homens) Atualmente você consegue ejacular?

- Sim
- Frequentemente
- Raramente
- Não

3.14 (Somente para homens) Você utiliza algo artificial (medicamentos, prótese, bomba de vácuo, etc.) para manter/ter ereção?

- Não uso
- Uso pouco
- Uso frequentemente
- Uso sempre

Se faz uso, qual:

4 – Iniciação sexual após a lesão medular

4.1 Quanto você acha que se adaptou sexualmente em termos físicos (capacidade de realizar o que se pretende, fisicamente, no sexo) ?

- Nada
- Pequeno ajuste
- Médio ajuste
- Grande ajuste

4.2 Quanto você acha que se adaptou sexualmente em termos psicológicos (auto-estima, estima sexual, auto confiança, segurança...) ?

- Nada
- Pequeno ajuste
- Médio ajuste
- Grande ajuste

4.3 Quanto você acha que se adaptou sexualmente após a lesão (em termos gerais, ou seja, pensando no aspecto físico e emocional) ?

- Nada
- Pequeno ajuste
- Médio ajuste
- Grande ajuste

5 – Qual a principal dificuldade encontrada por você durante relação sexual (posicionamento, manter ereção, orgasmo, estado psicológico, etc) ?

Descreva: _____

APÊNDICE II
Validação do Instrumento de Pesquisa



VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Eu, Monise Minatto Scussel, acadêmica da 9ª fase do curso de Fisioterapia UNESC, aluna da disciplina de Seminário II, venho através deste, solicitar a vossa colaboração para análise deste instrumento com vistas à validação do mesmo. Este instrumento faz parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “A Fisioterapia no âmbito da reabilitação sexual – uma investigação junto aos participantes da associação vida ativa são José do município de criciúma integrado por paraplégicos e tetraplégicos” e será aplicado em lesados medulares na Associação Vida Ativa São José. Este trabalho tem por objetivo analisar os aspectos sobre a sexualidade dos lesados medulares paraplégicos e tetraplégicos participantes da Associação Vida Ativa São José de Criciúma-SC. O qual será realizado no Hospital São José de Criciúma. Os instrumentos de validação são: questionário contendo os dados de identificação e questões sobre a sexualidade.

Agradeço antecipadamente,

Acadêmica: Telefone:..... / email:
.....

Professora Orientadora:

Professor Avaliador: _____

Parecer: () válido () não válido () válido com correções

Ass: _____

Data: ____ / ____ / ____.

Não Válido			Pouco Válido				Válido		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Confuso			Pouco Claro				Claro		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE III
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa intitulada: “**A Fisioterapia no Âmbito da Reabilitação Sexual em Pacientes com Lesão Medular do Município de Criciúma-SC.**” O objetivo da pesquisa é analisar os aspectos sobre a sexualidade dos lesados medulares paraplégicos e tetraplégicos participantes da Associação Vida Ativa São José de Criciúma-SC, analisando de que forma a Fisioterapia pode contribuir para a reabilitação sexual de lesados medulares.

Indivíduos: O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo acompanhado por uma equipe treinada e qualificada com ampla experiência em todos procedimentos aqui propostos. Após a concordância de sua colaboração, realizar-se-ão os seguintes procedimentos:

Será aplicado um questionário contendo os dados de identificação e questões sobre a sexualidade. Os questionários respondidos serão analisados e tabulados.

A pesquisa não terá nenhum efeito maléfico, sendo descartado qualquer efeito de risco para o participante. Como benefícios, citam-se a contribuição para o avanço da ciência.

No caso de dúvidas, o Sr(a) poderá solicitar esclarecimentos, assegurado o seu direito à resposta pelo Profa Dr^a. Évelin Vicente ou pela pesquisadora Monise Minatto Scussel no telefone 96072826.

Caso o Sr(a) venha a desistir da participação no estudo, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isto lhe traga qualquer forma de prejuízo ou punição.

As informações obtidas serão destinadas a fins científicos e em momento algum permitirão interferência em sua privacidade.

Pela participação no estudo, o Sr(a) não receberá nenhuma forma de retribuição financeira.

O abaixo assinado e identificado, sob a responsabilidade do **Profa Dr^a. Évelin Vicente**, que assina este documento, declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada a que se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

- 1° - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.
- 2° - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados, incluindo os que ainda são experimentais.
- 3° - Foram descritos os desconfortos e riscos esperados.
- 4° - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- 5° - Foi dada a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do Estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
- 6° - Foi dada a garantia de não ser identificado e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação à minha privacidade.

7° - Foi assumido o compromisso de proporcionar-me informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade em continuar participando.

8° - Foi informado que não haverá qualquer forma de retribuição financeira ou de ressarcimento com possíveis despesas.

9° - Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A minha assinatura neste *Consentimento Livre e Esclarecido* dará autorização ao pesquisador do estudo, ao comitê de ética desse hospital, e a organização governamental de saúde de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade, bem como o registro de imagens. Por este instrumento tomo parte voluntariamente do presente estudo.

Criciúma, _____ de _____ de 2011.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

RG: _____

Apêndice IV Validação dos Instrumentos de Pesquisa

Professor Avaliador: Lee Gi Form

Parecer: válido não válido válido com correções

Ass: _____

Data: 04 / 07 / 2011.

Não Válido			Pouco Válido				Válido		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Confuso			Pouco Claro				Claro		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Professor Avaliador: TIAGO DE FREITAS

Parecer: válido não válido válido com correções

Ass: Tiago Freitas

Data: 07 / 04 / 2011.

Não Válido			Pouco Válido				Válido		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Confuso			Pouco Claro				Claro		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Acadêmica:.....Telefone:...../ email:

Professora Orientadora:

Professor Avaliador: Bismarck Sales Chimento

Parecer: válido não válido válido com correções

Ass: _____

Data: 07 / 04 / 2011.

Não Válido			Pouco Válido				Válido		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Confuso			Pouco Claro				Claro		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO

Carta de Aprovação do Comitê de Ética - Unesc

CAPÍTULO II – ARTIGO CIENTÍFICO



A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA- SC

*The Physiotherapy in the Sexual Rehabilitation in Patients with Spinal Cord Injury in
the City of Criciúma-SC*

Monise Minatto Scussel^[a], Évelin Vicente^[b]

^[a] Graduanda em Fisioterapia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Email: monisescussel@hotmail.com

^[b] Fisioterapeuta, Doutora em Neurociência pela UFRGS, Docente do curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Email: eve@unesc.net

Resumo

Introdução: A medula espinal é o principal caminho para transmissão de informações entre o cérebro e os nervos que se dirigem aos músculos, à pele, aos órgãos internos e às glândulas, funciona como reguladora na realização de funções vitais ligadas a respiração, a circulação, a bexiga, ao intestino, ao controle térmico e a atividade sexual. A lesão na medula irá resultar na perda ou alteração da capacidade motora, sensibilidade superficial e profunda, controle vasomotor, controle intestinal e da bexiga e na função sexual. **Objetivo:** Analisar a intervenção fisioterapêutica na sexualidade dos lesados medulares paraplégicos e tetraplégicos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo básico, qualitativo, exploratório e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no qual utilizou um questionário adaptado, pela pesquisadora deste estudo, do Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM). A amostra foi constituída por 7 indivíduos, com diagnóstico de lesão medular, paraplégicos e tetraplégicos, do sexo masculino, com idade média de 33,57 anos, que freqüentavam a Clínica de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense e o Grupo Vida Ativa do município de Criciúma-SC. **Resultados:** Os dados obtidos neste estudo demonstram que a maior parte dos participantes não receberam nenhuma informação sobre a função sexual e possuem muitas dúvidas sobre posturas que possam facilitar suas relações. Todavia dizem estar se adaptando bem psicologicamente e fisicamente após a lesão. **Conclusão:** Os achados mais importantes no estudo são os que dizem respeito à falta de informação e desconhecimento sobre o tema, tanto dos pacientes quanto dos profissionais da área de saúde.

Palavras-chaves: Sexualidade. Lesão Medular. Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The spinal cord is the main route for transmission of information between the brain and nerves that go to muscles, skin, internal organs and glands, functions as a regulator in carrying out vital functions related to respiration, circulation, the bladder, the intestines, the thermal control and sexual activity. The spinal cord injury will result in loss or alteration of motor skills, superficial and deep sensitivity, vasomotor control, bowel and bladder control and sexual function. **Objective:** To analyze the sexuality of physiotherapy intervention in spinal cord injured paraplegics and quadriplegics. **Materials and methods:** This is a basic study, a qualitative, exploratory and descriptive, approved by the Ethics Committee of the University of Santa Catarina Far South, which used a questionnaire adapted by the researcher of this study, the Questionnaire of Human Sexuality in Spinal Cord Injury (QSH-LM). The sample consisted of seven individuals diagnosed with spinal cord injury, paraplegic and tetraplegic male, mean age 33.57 years, who attended the Physical Therapy Clinic at the University of Santa Catarina and the Far South Group Active Living in the city of Criciúma-SC. **Results:** The data from this study show that most participants received no information about sexual function and have many questions about attitudes that can facilitate your relationships. But say they are adjusting well psychologically and physically after the injury. **Conclusion:** The most important findings in the study are those concerning the lack of information and ignorance about the subject, both patients of health professionals.

Keywords: Sexuality. Spinal Cord Injury. Physical Therapy.

Introdução

O imaginário social que envolve o jovem deficiente contribui para uma visão estigmatizante e limitante pautada em valores, crenças e expectativas sociais que julgam o portador de deficiência como incapaz, frágil e vulnerável. O fator de risco ressaltados destes portadores se alimenta do pressuposto que o indivíduo portador de deficiência é um ser incompleto sexualmente sem possibilidades ou desejos afetivo-sexuais, que deve ser cuidado e protegido¹.

Pela Organização Mundial da Saúde, a lesão medular é definida *como uma condição onde a pessoa experimenta significativa desvio ou perda de sua função ou estrutura corpórea que resulta em limitações nas atividades físicas*.

A medula espinhal pode ser considerada de fundamental importância para vários sistemas biológicos por controlar ou ser mediadora de diferentes funções fisiológicas de um indivíduo. Ela é o principal caminho para transmissão de informações entre o cérebro e os nervos que se dirigem aos músculos, à pele, aos órgãos internos e às glândulas^{2,3}. A medula espinhal funciona como uma via de comunicação entre as diversas partes do corpo e o cérebro e, como reguladora na realização de funções vitais ligadas a respiração, a circulação, a bexiga, ao intestino, ao controle térmico e a atividade sexual⁴.

A lesão medular espinhal está entre as lesões mais graves que uma pessoa pode ter. Os efeitos pessoais e sociais são profundamente significantes, pois conferem incapacidade permanente a estas pessoas, que são na sua maioria adultos jovens⁵.

As várias vias aferentes e eferentes proporcionam um elo vital no controle no sistema nervoso autônomo, portanto a transecção da medula irá resultar na perda ou alteração da capacidade motora, sensibilidade superficial e profunda, controle vasomotor, controle intestinal e da bexiga e na função sexual⁶.

A lesão medular é classificada em duas categorias: Tetraplegia e paraplegia. A tetraplegia é o nome dado às lesões do segmento cervical até o nível medular T1. Nessas lesões as extremidades superiores, inferiores e o tronco serão acometidos. A paraplegia é o nome dado às lesões no segmento T2 e abaixo dele. Ela acometerá o tronco (ou parte dele) e as extremidades inferiores^{7,8}. Outra subdivisão que classifica o tipo de lesão são classificadas como: completa, ocorrendo quando a comunicação neural onde está a lesão é interrompida, não havendo sensibilidade ou movimento intencional^{9,10,11}. É incompleta quando teremos comprometimento de algumas estruturas

medulares, deixando outras funcionantes. Nesse caso haverá preservação parcial de função sensorial/motora.

O trauma raquimedular acarreta alterações na função sexual comprometendo respectivamente mais os tetraplégicos completos, tetraplégicos incompletos, paraplégicos completos e os paraplégicos incompletos. Assim, é importante enfatizar, que o grau de disfunção orgânica e sexual está diretamente relacionado com o nível, a extensão da lesão, e o tempo pós-lesão¹².

A função sexual varia amplamente em pacientes com lesões incompletas, de acordo com o grau de lesão medular sofrida. Qualquer forma de sensibilidade pode ser indicação de preservação de sexualidade genital⁶.

Uma importante conseqüência da lesão medular é a alteração na sexualidade dessas pessoas, podendo resultar em dificuldades no alcance e na manutenção de uma ereção, lubrificação vaginal prejudicada, e sensação reduzida de prazer sexual e orgasmo¹³.

Segundo Bastos & Deslandes¹⁴, uma das maiores barreiras para a discussão da sexualidade de pessoas com deficiência deve-se à escassez de relatos de experiência sobre o assunto, que alimentada pelo preconceito e discriminação existentes colabora para uma perspectiva de que o portador de deficiência não tem direito a exercer a sua sexualidade.

A reabilitação desses indivíduos tende a se dar lentamente e progressivamente, exigindo uma equipe multidisciplinar¹⁵. Alguns dos objetivos principais desse processo de reabilitação é contribuir para a autoconfiança e auto-estima desse paciente, favorecendo a inclusão social¹⁶.

O posicionamento adequado e a manutenção do alinhamento postural devem ser iniciados o quanto antes, para prevenir as deformidades osteoarticulares¹⁷. A Fisioterapia tem como meta conseguir o máximo da capacidade e liberdade do paciente através de um programa de reabilitação bem estruturado¹⁸.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a intervenção fisioterapêutica na sexualidade de pacientes com lesão medular.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa básica, qualitativa, com objetivos exploratórios e descritivos com levantamento de informações e consistiu em uma análise dos aspectos sobre a sexualidade mais relevantes dos pacientes com lesão medular e para verificar de

que forma a Fisioterapia pode contribuir, utilizando um questionário adaptado, pela pesquisadora deste estudo, do Questionário de Sexualidade Humana na Lesão Medular (QSH-LM), contendo os dados de identificação e questões sobre a sexualidade. O questionário foi preenchido pelo próprio participante do estudo, juntamente com a pesquisadora. A amostra foi constituída por sete indivíduos, do sexo masculino, com idade média de 33,57 anos, sendo que a idade mínima foi de 23 anos e a idade máxima de 60 anos. Dos participantes da amostra cinco (71,4%) eram paraplégicos e dois (28,6%) tetraplégicos, um (14,3%) com lesão medular completa e seis (85,7%) incompleta. A média do tempo da lesão foi de 9,86 anos, sendo que o menor tempo foi de 1 ano e o maior 34 anos. O nível da lesão com mais incidência foi na região torácica (71,4%), sendo que o nível mais alto foi C3 e o mais baixo T12.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de lesão medular, independente do tempo e do nível da lesão, ter tido qualquer tipo de atividade sexual ativa pré lesão medular, com idade igual ou maior de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão do estudo foram determinados pela não aceitação de alguns lesionados medulares contactados em participar da pesquisa; os que tinham idade inferior a 18 anos; os que não tiveram nenhuma atividade sexual pré lesão medular.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sob parecer nº 96/2011. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorreu no mês de outubro de 2011. Realizado com quatro pacientes que freqüentavam a Clínica de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC e três participantes do Grupo Vida Ativa do Hospital São José do município de Criciúma-SC, por meio de entrevista direta realizada pela pesquisadora, aos participantes do estudo.

A associação Vida Ativa São José é um grupo interdisciplinar de apoio ao lesado medular. Este grupo surgiu com o objetivo de: orientar os portadores de lesão medular, familiares e cuidadores sobre os atendimentos imediatos pós-trauma e tardios para uma melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística descritiva (média) no programa Excel, a partir daí foram confeccionadas as tabelas e feita à discussão de acordo com a literatura.

Resultados

A tabela 1, sobre a lesão medular, mostra que dos sete pacientes analisados, cinco (71,4%) apresentaram a lesão medular em nível torácico e dois (28,6%) em nível cervical. Com relação à causa da lesão medular, os acidentes de trânsito tomam a dianteira entre os mais frequentes causadores da lesão, sendo representado por quatro (57,1%) da amostra. Referindo-se ao tipo de lesão, seis (86%) deles possuem lesão do tipo incompleta e apenas um (14%) do tipo completa.

Tabela 01. Caracterização da Lesão Medular.

Variáveis	Estatísticas
Nível da Lesão n (%)	
Torácica	5 (71,4)
Cervical	2 (28,6)
Causa da Lesão n (%)	
Acidente de trânsito	4 (57,1)
Acidente de trabalho	1 (14,3)
Arma de fogo	1 (14,3)
Outro	1 (14,3)
Tipo de Lesão n (%)	
Incompleta	6 (86)
Completa	1 (14)

Fonte: Dados da Autora, 2011.

Na tabela 2, pode ser observado o recebimento de informações sobre a função sexual após a lesão medular e também a opinião dos pacientes a respeito de que algum tipo de orientação melhoraria a qualidade de vida sexual do mesmo. Pode-se observar que dois (29%) afirmam que receberam alguma orientação e cinco (71%) não receberam. Após observa-se que dois pacientes (29%) acham que alguma informação não melhoraria a qualidade de vida sexual, um (14%) melhoraria moderadamente, três (43%) melhoraria muito e um (14%) não soube avaliar.

Tabela 02. Aconselhamento Sexual.

Variáveis	Estatísticas
Recebeu Orientação n (%)	
Sim	2 (29)
Não	5 (71)

Melhora na Vida Sexual n (%)	
Nenhuma	2 (29)
Moderadamente	1 (14)
Muito	3 (43)
Não sabe avaliar	1 (14)

Fonte: Dados da Autora, 2011.

A tabela 3 diz respeito à prática sexual atual dos participantes, demonstrando que quatro pacientes (57%) possuem vida sexual ativa e três (43%) dizem não ter vida sexual ativa (sexo oral, anal, pênis-vagina ou masturbação) no momento. Dos três pacientes que não possuem vida sexual ativa no momento, um deles relata já ter tido após a lesão, por esta razão cinco dos sete participantes iniciaram sua vida sexual ativa após 3 meses ou mais de lesão. No que diz respeito às dúvidas dos pacientes em relação às posturas que facilitam a prática sexual, cinco (71%) responderam que possuem dúvidas e dois (29%) não possuem dúvidas.

Tabela 03. Prática Sexual Após a Lesão.

Variáveis	Estatísticas
Possui vida sexual ativa n (%)	
Sim	4 (57)
Não	3 (43)
Tempo de reinício da vida sexual n (%)	
Após 3 meses	1 (14)
Após 6 meses	2 (29)
Após 1 ano	1 (14)
Após mais de 1 ano	1 (14)
Dúvidas sobre posturas para relação n (%)	
Sim	5 (71)
Não	2 (29)

Fonte: Dados da Autora, 2011.

Observa-se, na tabela 4, a adaptação em termos físicos (capacidade do que se pretende realizar fisicamente no sexo), onde quatro pacientes (57%) se adaptaram bem, um (14%) está se adaptando e um (14%) não se adaptou. Em termos psicológicos

(auto estima, auto confiança, segurança...), três (43%) acham que ainda estão se adaptando, três (43%) se adaptaram bem. Nas duas opções um participante (14%) não soube responder.

Tabela 04. Adaptação Sexual após a Lesão Medular.

Variáveis	Estatísticas
Adaptação Física n (%)	
Me adaptei bem	4 (57)
Estou me adaptando	1 (14)
Não me adaptei	1 (14)
Adaptação Psicológica n (%)	
Me adaptei bem	3 (43)
Estou me adaptando	3 (43)
Não soube responder n (%)	1 (14)

Fonte: Dados da Autora, 2011.

Discussão

A tetraplegia é o nome dado às lesões do segmento cervical até o nível medular T1. Nessas lesões as extremidades superiores, inferiores e o tronco são acometidos. A paraplegia é o nome dado às lesões que partem do segmento T2, acometendo o tronco (ou parte dele) e as extremidades inferiores^{7,8}.

Segundo Burt¹⁹, as áreas mais suscetíveis a lesão são os segmentos mais baixos da cervical e a junção tóraco-lombar – responsáveis pelas lesões do tipo paraplegia. Burke et al. citados por Burt¹⁹ encontraram em seus estudos 49,7% de lesões cervicais (tetraplegia) e 50,3% de torácicas e lombares (paraplegia), ou seja, a maioria delas do tipo paraplegia, assim como no presente estudo.

Em pesquisa feita por Sekhon e Fehlings²⁰, os acidentes de trânsito foram responsáveis por 40 à 50% dos casos de lesão nos EUA. No Brasil, segundo a rede SARA de Hospitais de reabilitação e também a Associação de Assistência à Criança Deficiente- AACD – São Paulo, os maiores responsáveis pelas lesões medulares são os acidentes de trânsito. Assim como demonstrado no estudo.

Pela classificação da Associação Americana de Lesões de Coluna- ASIA, uma lesão incompleta é aquela na qual existe sensação perineal, sensação anal profunda e preservação da função voluntária do esfíncter anal^{21,22}. As lesões são chamadas de completas quando todas as estruturas medulares são comprometidas. Havendo ausência total de função sensorial e/ou motora no segmento mais baixo. Os dados obtidos na pesquisa não vão de acordo com os encontrados na literatura, uma vez que segundo dados da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação no ano de 2000, 68,2% das pessoas internadas por lesões medulares apresentavam lesão completa. Em um estudo realizado por Baasch²³, tanto homens quanto mulheres apresentaram mais lesões completas do que incompletas.

Os resultados da pesquisa vão ao encontro com a literatura pesquisada, se tratando do recebimento de informações/aconselhamento sobre a função sexual após a lesão medular, pois a maioria dos autores citam que a função sexual é um assunto íntimo e difícil de se conversar, sendo pouco abordado pelos profissionais da área da saúde, também pode-se questionar o preparado dos profissionais em relação ao assunto. As pessoas com lesão medular, assim como seus parceiros, recebem um aconselhamento sexual muito superficial sobre o que pode ser feito no que diz respeito a sua sexualidade^{24,25,26}.

No estudo de Ferreiro-Velasco et al²⁷, realizado com 37 participantes do sexo feminino, 77,4% consideravam como sendo insuficiente ou inexistente as informações recebidas de seus médicos sobre as mudanças que a lesão medular iria causar na sua sexualidade. No estudo de Tepper²⁸, 458 pessoas com lesão medular foram questionadas. Dos respondentes (n = 251), 45% disseram ter recebido tais serviços. E apenas 48% dos que receberam serviços de aconselhamento sexual relataram que os serviços recebidos satisfizeram suas necessidades.

Segundo o estudo de Baasch²³, é possível fazer uma correlação do aconselhamento sexual com a melhor adaptação sexual dos homens, ou seja, os homens que receberam maior nível de aconselhamento sexual foram os que declararam maiores níveis de adaptação sexual, conseqüentemente melhorando sua qualidade de vida sexual.

No que diz respeito a prática sexual atual, 57,1% dizem manter alguma atividade sexual, estando de acordo com a literatura. Phelps et al²⁹, em estudo com 50 homens com lesão medular, encontrou: que 96% deles tinham atividade sexual após a lesão medular.

Apesar de não haver um tempo determinado para a reeducação sexual após a lesão, especialistas observam que grande parte dos lesados não têm demonstrado interesse sexual logo no período inicial à lesão. No estudo de Alexander, Sipski e Findley³⁰, dos 38 homens participantes, 37% começaram a vida sexual com 6 meses de lesão e outros 32% no primeiro ano de lesão, ao qual corrobora com o presente e onde 40% da amostra retornaram após 6 meses.

A disfunção sexual é uma das principais carências de pacientes com lesão medular porém, por se tratar de um assunto íntimo e pouco discutido, os mesmos possuem inúmeras dúvidas sobre o assunto, principalmente se há um posicionamento adequado durante a relação sexual¹¹. O resultado da pesquisa está de acordo com vários autores e pesquisas realizadas referente ao tema, que mostrou que 78,4% possuem dúvidas sobre posicionamento. Em uma pesquisa recente realizada com dezessete pacientes analisados 76% responderam que possuem dúvidas sobre posicionamento³¹.

Cada pessoa tende a se ajustar conforme seu próprio modo e tempo, adaptando-se às conseqüências da lesão³². Essa adaptação depende de fatores físicos e psicológicos e têm um impacto bastante significativo na qualidade de vida³³. Na presente pesquisa a maior parte dos questionados respondeu estar se adaptando ou que se adaptaram bem tanto às variáveis adaptação física e psicológica. Em achados na literatura o resultado da pesquisa vai ao encontro com um estudo realizado por Basch²³, onde verificou que em relação ao ajuste sexual psicológico a maioria das mulheres, 66,6% (n=14), e também dos homens, 61,5% (n=35) declarou um grande ajuste sexual.

Considerações Finais

Um dos achados mais importantes no estudo é à falta de informação e desconhecimento sobre o tema, tanto dos pacientes quanto dos profissionais da área de saúde. A dificuldade de expressão, por se tratar de um assunto íntimo e pouco debatido, deixa uma carência de informações, podendo refletir bruscamente na qualidade de vida do lesado medular, que muitas vezes não têm conhecimento de suas possíveis capacidades sexuais após a lesão. Se faz necessário conhecer a sexualidade de pessoas com lesão medular de uma forma ampla e tornar público esse conhecimento, disseminando essa temática, colaborando para a readaptação dos pacientes que sofreram este trauma, enriquecendo a literatura que é bastante escassa sobre a temática.

A sexualidade não se trata de um assunto exclusivamente genital, ela engloba diversas formas e maneiras que as pessoas buscam o prazer, através dos desejos e sensações prazerosas. E tudo depende de que como ela vê o seu corpo, como se sente como homem ou mulher e como se sente em relação as outras pessoas. Por isso a auto-imagem e confiança são fatores indispensáveis na reabilitação.

A reabilitação sexual é totalmente dependente deste conhecimento por parte de todos os profissionais da área da saúde responsáveis por tal paciente. Uma terapia adequada se dá através de informações e diagnósticos precisos sobre a sexualidade como um todo.

Na reabilitação fisioterapêutica, contamos com meios terapêuticos motores, trabalhando pré-requisitos funcionais para determinadas posições; auxílio em como encontrar posições adequadas; estabilização da posição pelo paciente lesado medular ou por seu parceiro; prática nas transferências, mobilidade e controle de tronco e pelve. Além dos aconselhamentos e orientações gerais do posicionamento e cuidados com o corpo. O papel principal do terapeuta é reinserir o paciente na sociedade e tão importante quanto reinseri-lo numa vida sexual satisfatória.

Referências Bibliográficas

1. Soares AHR, Monteiro LMC, Pohl HG. The quality of life of adolescents with spina bifida at the Children's National Medical Center – Washington DC. Rev C S 2006.
2. Sene MO. Efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular Sobre o Gasto Energético de Lesados Medulares. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-01092003110729/publico/TDE_MarcelaOliveiraSene.pdf. Acesso em: 11 jul. 2011.
3. Guyton AC. Neurociência Básica: Anatomia e Fisiologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.
4. Manhães, RB. A engenharia da reabilitação e as características psicossociais de pessoas com lesão medular submetidas a um programa de estimulação elétrica neuromuscular. 2004. 248p. Dissertação (Pós Graduação em Bioengenharia Interunidades) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
5. Costa, VS. Efeito do uso da cinta abdominal elástica na função respiratória de indivíduos lesados medulares na posição ortostática. 2005. 123p. dissertação (Mestrado em Enfermagem Geral e Especializada) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
6. Bromley, I. Paraplegia & tetraplegia: um guia teórico - prático para fisioterapeutas, cuidadores e familiares. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
7. Sanvito WL. Propedêutica Neurológica Básica. Sao Paulo: Atheneu, 2000.
8. Atrice M, Morrison S, McDowell S, Shandalov B. Lesao Medular Traumática. In: Umphred D. Reabilitação Neurológica. 4. ed. Sao Paulo: Manole, 2004.
9. Stokes, Maria. Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2000.
10. O'Sullivan, Susan B; Schimitz, Thomas J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 2004.
11. Umphred, Darcy A. Fisioterapia Neurológica. 2.ed. São Paulo: Manole, 2000.

12. Suaid, Haylton Jorge; Rocha, Jeová Nina; Martins, Antonio Carlos Pereira; Cologna, Aauto José; Suaid, Carla A; Ribeiro, Ana Gabriela B; Salzedas, Patrícia L. abordagem pelo Urologista da Sexualidade no Lesado Raquimedular. Acta Cirurgia Brasileira. v.17,n.3,2002. Disponível em <<http://WWW.bireme.br>> Acesso em 27 mar. 2011.
13. McCabe MP, Taleporos G. Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. Archives of Sexual Behavior. 2003; 32(4): 359-369.
14. Bastos, Olga Maria; Deslandes, Suely Ferreira. . Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais = Being adolescent with mental disability : the point of view of the parents. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v.14, n.1 , p.79-87, fev. 2009.
15. Brandt, Ana Carolina; Macedo, Rafael Michel de; Nohama, Percy. Um novo recurso de mecanoterapia visando a manutenção d força muscular em membros superiores de pacientes paraplégicos. Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.15, n.1, p.47-57, abr./set.2002.
16. Sampaio, I.C.S.; Palma, H.M.; Nascimento, R.C.; Saito, E.; Lourenço, C; Battistella, L.R. Atividade espeportiva na reabilitação. In: Greve, Júlia Maria D'Andréa; Casalis, Maria Eugênia Pebe; Filho, Tarcísio E. P. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo: Rocca, 2001, p.211-234.
17. Greve, JMD'A; Casalis, MÊP; Filho, TEP. Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal. São Paulo. Roca, 2001.
18. Marinho, Marcelo H. T.; Melo, Francisco R.L.V.; Cacho, Enio W.A.; Oliveira, Roberta de. Atividades Funcionais após a Alta Ambulatorial de Pacientes Lesados Medulares. Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.17, n.3, jul./set. 2004.
19. Burt AA. The epidemiology, natural history and prognosis of spinal cord injury Current Orthopaedics, 2004; 18: 26-32.

20. Sekhon LHS, Fehlings MG. Epidemiology, Demographics and Pathophysiology of Acute Spinal Cord Injury. *Spine*, v.26, n. 24s, p. s2-s12, 2001.
21. Delisa JA. *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas*. 3. ed. v.2. Sao Paulo: Manole, 2002.
22. Defino HLA. Trauma Raquimedular. In: *Simposio Trauma II, Capítulo II*. Ribeirao Preto: 32: 388-400, out./dez. 1999.
23. Mendes Baasch, A. K. *Sexualidade na Lesão Medular: Dissertação de Mestrado*. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – UDESC, 2008. 267f.
24. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 2004;
25. Stokes T, Mears J. Sexual health and the practice nurse: a survey of reported practice and attitudes. *Br J Fam Plann* 2000;
26. Humphrey S, Nazareth I. GPs’ views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract* 2001; 18: 516–518.
27. Ferreiro-Velasco ME, Barca-Buyo A, De la Barrera SS, Montoto-Marques A, Vazquez XM, Rodriguez-Sotillo A. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2005; 43(1): 51-55.
28. Tepper MS. Sexual education in spinal cord injury rehabilitation: Current trends and recommendations. *Sexuality and Disability*. 1992; 10(1): 15-31.
29. Phelps J, Albo M, Dunn K, Joseph A. Spinal Cord injury and Sexuality in Married or Partnered Men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*. 2001; 30 (6): 591-602.

30. Sipski, ML, Alexander CJ. Sexual activities, response and satisfaction in women preand postspinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1993;74:1025–1029.
31. Nascimento, Gabriela R.; Bitencourt, Lisiane T.G. Avaliação das Dificuldades da Vida Sexual de Pacientes do Sexo Masculino com Traumatismo Raquimedular. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.
32. Sipski ML, Alexander C. Sexualidade e Incapacidade Física. In: Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática. 3. ed. v. 2. Sao Paulo: Manole, 2002.
33. Widerstrom-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Broton JG, Duncan RC, Yezierski RP. Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. Arch Phys Med Rehabil. 1999; 80: 580-586.

^(I) Graduanda de Fisioterapia, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Rua: Irmão Valmir Orsi, 57, Bairro: Santa Augusta, Criciúma, SC, Brasil, (048) 34395226, Email: monisescussel@hotmail.com.

Universidade do Extremo Sul Catarinense-Unesc, Criciúma/SC.

^(II) Évelin Vicente, Fisioterapeuta, Doutora em Neurociência pela UFRGS, Docente do curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Endereço: Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 - Criciúma / Santa Catarina Curso de Fisioterapia fone: (48) 3431-2652 E-mail: eve@unesc.net

Universidade do Extremo Sul Catarinense-Unesc, Criciúma/SC.

CAPÍTULO III – NORMAS DA REVISTA

Normas Editoriais

A Revista Fisioterapia em Movimento publica trimestralmente artigos científicos na área de Fisioterapia, na forma de trabalhos de pesquisa original e de trabalhos de revisão. Os artigos submetidos à Revista Fisioterapia em Movimento devem preferencialmente enquadrar-se na categoria de Artigos Científicos. Os estudos são apresentados na forma de Artigos Originais (oriundos de pesquisas inéditas com informações de materiais e métodos, discussão e resultados relatados de maneira sistemática), Artigos de Revisão (oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte) e cartas ao Editor.

A Revista aceita submissão de manuscritos nas áreas de Fisioterapia e saúde humana, tais como: Análise do Movimento Funcional, Cinesiologia e Biomecânica, Cinesioterapia, Ensino em Fisioterapia, Ergonomia, Fisioterapia Cardiorrespiratória, Fisioterapia Dermato-Funcional, Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia, Fisioterapia Músculo-Esquelético, Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Preventiva, Fisioterapia Uroginecológica, Fundamentos da Fisioterapia e Recursos Terapêuticos Físicos Naturais, e Saúde Coletiva. Os artigos recebidos são encaminhados a dois revisores (pareceristas) para avaliação pelos pares (peer review).

Os editores coordenam as informações entre os autores e revisores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos revisores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor.

A Revista Fisioterapia em Movimento está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponíveis em www.icmje.org. Somente serão aceitos os artigos de ensaios clínicos cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos recomendados pela OMS e ICMJE.

Instruções aos autores

Os manuscritos deverão ser submetidos à Revista Fisioterapia em Movimento por meio do site na seção “submissão de artigos”.

Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. É obrigatório anexar uma declaração assinada por todos os autores quanto à exclusividade do artigo, na qual constará endereço completo, telefone, fax e e-mail. Na carta de pedido de publicação, é obrigatório transferir os direitos autorais para a Revista Fisioterapia em Movimento. Afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Trabalhos que contenham resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão aceitos para publicação se estiver claro que todos os princípios de ética foram utilizados na investigação (enviar cópia do parecer do comitê de ética). Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir uma afirmação de que o protocolo de pesquisa foi aprovado por um comitê de ética institucional. (Reporte-se à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos). Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicada em: PAIN, 16: 109-110, 1983.

Quando utilizados estudos/atividades envolvendo pessoas, deverá ser encaminhada uma autorização assinada e datada pelo envolvido no estudo, ou seu responsável legal, autorizando a publicação da imagem.

Os pacientes têm o direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem um consentimento esclarecido. Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão específica escrita para uso e divulgação das imagens. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

É imprescindível o envio da declaração de responsabilidade de conflitos de interesse manifestando a não existência de eventuais conflitos de interesse que possam interferir no resultado da pesquisa.

Contato

Revista Fisioterapia em Movimento

Clínica de Fisioterapia

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho

CEP 80215-901, Curitiba, PR, Brasil

e-mail: revista.fisioterapia@pucpr.br

telefone: +55(41) 3271-1608

Forma e preparação dos manuscritos

A Revista Fisioterapia em Movimento recebe artigos das seguintes categorias:

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 6.000 palavras e conter até 5 ilustrações.

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).

Os manuscritos devem ser submetidos pelo site na seção “submissão de artigo”. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5 respeitando o número de palavras de cada manuscrito, incluindo referências, ilustrações, quadros, tabelas e gráficos. O número máximo permitido de autores por artigo é seis.

As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A arte final, figuras e gráficos devem

estar em formato. tiff. Envio de ilustrações com baixa resolução (menos de 300 DPIs) pode acarretar atraso na aceitação e publicação do artigo.

Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês. Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica.

Deverão constar, no final dos trabalhos, o endereço completo de todos os autores, afiliação, telefone, fax e e-mail (atualizar sempre que necessário) para encaminhamento de correspondência pela comissão editorial.

Outras considerações:

- sugere-se acessar um artigo já publicado para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista;
- todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos (anexar carta, assinada por todos os autores, na qual será declarado tratar-se de artigo inédito, transferindo os direitos autorais e assumindo a responsabilidade sobre aprovação em comitê de ética, quando for o caso.);
- afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade dos autores;
- todos os artigos serão submetidos ao Comitê Editorial da revista e, caso pertinente, à área da Fisioterapia para avaliação dos pares;
- não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em caso de absoluta necessidade e a critério do Comitê Editorial.

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

Cabeçalho

Título do artigo em português (LETRAS MAIÚSCULAS em negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado), subtítulo em letras minúsculas (exceção para nomes próprios) e em inglês (somente a primeira letra do título em maiúscula, as demais palavras em letras minúsculas – exceção para nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado.

O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Apresentação dos autores do trabalho

Nome completo, titulação, afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), cidade, estado, país e e-mail.

Resumo estruturado / Structured Abstract

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e métodos, Discussão, Resultados, Considerações finais. Deve conter no mínimo 150 e máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha, deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os Thesaurus da área de saúde (DeCS) (). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, sendo representativos do conteúdo do trabalho.

Corpo do Texto

- **Introdução:** Deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- **Materiais e métodos:** Deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- **Resultados:** Devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.

- Discussão: Interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.
- Conclusão ou Considerações finais: Devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.
- Agradecimentos: Sintéticos e concisos, quando houver.
- Referências: Devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto.
- Citações: Devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses.

Exemplos:

“o caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomas no sexo feminino (6, 7)” ou “Segundo Levy (3), há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados”.

Referências

Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver), incluindo as referências. As informações encontram-se disponíveis em: (). Recomenda-se fortemente o número mínimo de referências de 30 para artigos originais e de 40 para artigos de revisão. As referências deverão originar-se de periódicos que tenham no mínimo o Qualis desta revista ou equivalente.

Artigos em Revistas

- Até seis autores

Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. J Clin Epidemiol. 1991; 44:731-37.

- Mais de seis autores

Listar os seis primeiros autores seguidos de et al.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.

- Suplemento de volume

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

- Suplemento de número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Artigos em formato eletrônico

Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. J Contemp Dent Pract. [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov. 4]. Available from: URL: www.thejcdp.com.

Livros e monografias

- Livro

Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1978.

- Capítulo de livro

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

- Editor, Compilador como Autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Livros/Monografias em CD-ROM

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Anais de congressos, conferências congêneres

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Trabalhos acadêmicos (Teses e Dissertações)

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

- É importante que, durante a execução do trabalho, o autor consulte a página da revista online (http://www.pucpr.br/pesquisa_cientifica/revistas_cientificas.php) e verifique a apresentação dos artigos publicados, adotando o mesmo formato. Além de revisar cuidadosamente o trabalho com relação às normas solicitadas: tamanho da fonte em cada item do trabalho, numeração de página, notas em número arábico, a legenda de tabelas e quadros, formatação da página e dos parágrafos, citação no corpo do texto e referências conforme solicitado. O português e/ou inglês do trabalho. E, por fim, se todos os autores citados constam nas Referências e no final do trabalho.

NOTA: Fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados pelos pares Revista Fisioterapia em Movimento, ISSN 0103-5150 e-ISSN 1980-5918.