

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DEYSE CARDOSO DE OLIVEIRA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A MULHER COM LESÃO MEDULAR E A SEXUALIDADE: sociopoetizando o
cuidado clínico de enfermagem

FORTALEZA - CEARÁ

2008

DEYSE CARDOSO DE OLIVEIRA

A MULHER COM LESÃO MEDULAR E A SEXUALIDADE: sociopoetizando o
cuidado clínico de enfermagem

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde,
da Universidade Estadual do Ceará, Centro de
Ciências da Saúde, como requisito parcial para
a obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Clínicos em Saúde.

Orientadora: Profª Dra Lia Carneiro Silveira

FORTALEZA - CEARÁ

2008

O48m Oliveira, Deyse Cardoso de
A mulher com lesão medular e a sexualidade:
sociopoetizando o cuidado clínico de Enfermagem/
Deyse Cardoso de Oliveira __ Fortaleza, 2008.

113 p.; il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lia Carneiro Silveira.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados
Clínicos em Saúde). _ Universidade Estadual do Ceará,
Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem. 2. Sexualidade. 3. Pesquisa em
Enfermagem Clínica. I. Universidade Estadual do Ceará,
Centro de Ciências da Saúde. CDD: 610.73

**A MULHER COM LESÃO MEDULAR E A SEXUALIDADE: SOCIOPOETIZANDO O
CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aprovada em: 04/12/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^a Lia Carneiro Silveira
Universidade Estadual do Ceará
(Orientadora - Presidente)

Prof^ª Dra. Ana Ruth Macedo Monteiro
Universidade Estadual do Ceará
(Membro Efetivo)

Dr. Daniel de Paula Lima e Oliveira Lopes
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação
(Membro Efetivo)

Profa. Dr^a. Sandra Haydée Petit
Universidade Federal do Ceará
(Membro Suplente)

DEDICATÓRIA

À Maria Divina, minha mãe, guerreira incansável nas batalhas diárias da vida, a quem eu devo tudo que sou e acredito.

A meu pai (Luiz) e irmãos (Renato, Deylange e Luizinho) que, sem dúvida, alegam a minha vida mesmo apesar da distância.

Ao meu marido, Antônio Braga Guilherme, meu amigo, meu amor, grande companheiro e incentivador nesta caminhada.

A todas as pessoas com lesão medular, que nos ensinam a importância das pequenas coisas no nosso dia a dia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, o Grande Outro da nossa existência.

À Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em especial aos Núcleos de Direção do Sarah – Brasília e Sarah – Fortaleza e respectivos Comitês de Ética e Científicos, por permitirem a realização deste trabalho.

À Universidade Estadual do Ceará, especialmente a todo o corpo de professores e assistentes do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde.

Aos colegas do Programa de Reabilitação do Lesado Medular Adulto, pela compreensão e incentivo.

Às minhas lideranças de Enfermagem pela sempre compreensiva adequação da escala de trabalho.

À Lia Carneiro Silveira, pelo apoio, ensinamentos e amizade ao longo destes quase dois anos.

Ao amigo, Dr. Daniel de Paula Lima e Oliveira Lopes, por acreditar neste trabalho e participar dele tão ativamente.

Aos amigos, Gelson Silva (e toda a família de Paula Aguiar), Cláudia Maciel e Léa Dias, pelo constante carinho e troca de “figurinhas” sobre pesquisa.

À Miriam Raquel, professora hospitalar e peça fundamental no quebra-cabeça das Oficinas de Produção, que parecia ler meus pensamentos e sempre providenciava tão rapidamente tudo de que eu precisava.

Aos pesquisadores Sônia Magalhães e Christian Dunker que tão prontamente responderam meus e-mails e me enviaram material fundamental para o embasamento das discussões deste trabalho.

Tenho fases, como a lua
Fases de andar escondida,
fases de vir para a rua...
Perdição da minha vida!
Perdição da vida minha!
Tenho fases de ser tua,
tenho outras de ser sozinha .

Fases que vão e que vêm,
no secreto calendário
que um astrólogo arbitrário
inventou para meu uso.

E roda a melancolia
seu interminável fuso!
Não me encontro com ninguém
(tenho fases, como a lua...)
No dia de alguém ser meu
não é dia de eu ser sua...
E, quando chega esse dia,
o outro desapareceu...

(Lua Adversa – Cecília Meireles)

Para entender uma mulher é preciso mais que deitar-se com ela...
Há de se ter mais sonhos e cartas na mesa que se possa prever nossa vã pretensão...

Para possuir uma mulher é preciso mais do que fazê-la sentir-se em êxtase
numa cama, em uma seda, com toda viril possibilidade... Há de se conseguir fazê-la sorrir
antes do próximo encontro

Para conhecer uma mulher, mais que em seu orgasmo, tem de ser mais que amante perfeito...
Há de se ter o jeito certo ao sair, e fazer da saudade e das lembranças, todo sorriso...

- O potente, o amante, o homem viril, são homens bons... bons homens de abraços e passos
firmes... bons homens pra se contar histórias... Há, porém, o homem certo, de todo instante: O
de depois!

Para conquistar uma mulher, mais que ser este amante, há de se querer o amanhã, e depois do
amor um silêncio de cumplicidade...
e mostrar que o que se quis é menor do que o que não se deve perder.

É esperar amanhecer, e nem lembrar do relógio ou café... Há que ser mulher, por um triz e,
então, ser feliz!

Para amar uma mulher, mais que entendê-la, mais que conhecê-la, mais que possuí-la, é
preciso honrar a obra de Deus, e merecer um sorriso escondido, e também ser possuído e,
ainda assim, também ser viril...

Para amar uma mulher, mais que tentar conquistá-la, há de ser conquistado... todo tomado e,
com um pouco de sorte, também ser amado!

(PARA ENTENDER UMA MULHER - Carlos Drumond de Andrade)

RESUMO

A sexualidade é um tema bastante debatido nas últimas décadas, uma vez que a expectativa de vida da população tem aumentado e com ela a preocupação sobre qualidade de vida. A assunção de novos papéis sociais pela mulher, como sua inserção no mercado de trabalho e com isso o seu reconhecimento em atividades que antes eram conhecidas como exclusivamente masculinas, despertou o incremento de estudos voltados para a sexualidade feminina. Neste contexto, um dos fatores que pode interferir sobre a sexualidade é a lesão medular, uma grave síndrome potencialmente incapacitante. As alterações biológicas não são, porém, as únicas determinantes da vida das pessoas, pois estas estão marcadas, também, pela simbolização da linguagem. A partir desta perspectiva, acredita-se ser necessária a estruturação de um cuidado clínico de enfermagem que considere os aspectos humanos, como as emoções, o inconsciente e o desejo pela vida. Esta pesquisa objetivou proporcionar a produção de confetos relacionados à sexualidade a partir da perspectiva da mulher com lesão medular. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foi utilizada a abordagem sociopoética. Os resultados apontam para a diversidade de confetos que envolvem várias dimensões da sexualidade e vão além da perspectiva biológica e, notadamente, ultrapassam as prováveis limitações geradas pela lesão medular no caminho de ser mulher. Foram compostas categorias que revelaram, entre outros aspectos, simbolismos associados ao sexo, relações afetivas antes e após a lesão medular, maternidade e relações com o corpo. Almeja-se contribuir para a construção de um conceito de cuidado clínico que supere os limites do cuidado altruísta. Acredita-se que a equipe interdisciplinar e o paciente, inseridos no processo de reabilitação, têm muito a ganhar quando se dispõem a transpor as aulas expositivas e se permitem oportunizar espaços para o planejamento de um atendimento individualizado e baseado na escuta do sujeito. São necessários mais estudos que abordem o sujeito e sua escuta como centro do cuidado e não apenas suas queixas e protocolos de como resolvê-las.

Palavras-chave: Enfermagem, Sexualidade, Assistência Centrada no Paciente, Pesquisa em Enfermagem Clínica, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Sexuality has been a widely debated topic in recent decades, due in part to the fact that the life expectancy of the population has increased and, consequently, so has the concern for life quality. The assuming of new social roles for women—such as their insertion into the labor market and, along with that, their recognition in activities that were previously known to be exclusively male—has awakened the development of studies aimed at female sexuality. In this context, one of the factors that can interfere with sexuality is spinal cord injury: a severe, potentially disabling syndrome. The biological changes, however, are not the only determinants of people's lives, because such are also marked by the symbolization of language. From this viewpoint, it is believed that a structuring of clinical nursing care is necessary in order to consider the human aspects such as emotions, the unconscious, and the desire for life. The aim of this research was to provide the production of “confects” (concepts + affects) related to sexuality from the perspective of women with spinal cord injury. This is a qualitative study, in which the Social Poetic approach was used. The results indicate the diversity of the “confects” that involve several dimensions of sexuality and go beyond the biological perspective and, most notably, beyond the likely limitations generated by spinal cord injury on the path of womanhood. Categories were composed that revealed, among other things, symbolism related to sex, affective relationships before and after spinal cord injury, motherhood, and relations with one's body. This work aimed to contribute to constructing a concept of clinical care that exceeds the limits of altruistic care. It is believed that the interdisciplinary team and the patient—inserted into the rehabilitation process—have much to gain when they are willing to transpose expositive classes and allow themselves to nurture spaces for the planning of individualized care based on listening to the subject. Further studies are needed that approach the subjects (and listening to the subjects) as the center of healthcare, and not just their complaints and the protocols on how to resolve them.

Key-words: Nursing, Sexuality, Patient-Centered Care, Clinical Nursing Research, Women's Health.

RESUMEN

La sexualidad es un tema muy debatido en las últimas décadas, ya que la expectativa de vida de la población ha aumentado y con ella la preocupación sobre la calidad de vida. La asunción de nuevos roles sociales por la mujer, así como su inserción en el mercado de trabajo y con ello su reconocimiento en actividades que antes eran conocidas como exclusivamente masculinas, despertó el incremento de estudios dirigidos a la sexualidad femenina. En este contexto, uno de los factores que puede interferir sobre la sexualidad es la lesión medular, un grave síndrome potencialmente incapacitador. Las alteraciones biológicas no son, sin embargo, las únicas determinantes de la vida de las personas, pues estas están marcadas, también, por la simbolización del lenguaje. A partir de esta perspectiva, se cree necesaria la estructuración de un cuidado clínico de enfermería que considere los aspectos humanos, como las emociones, el inconsciente y el deseo por la vida. Esta investigación tuvo como objetivo proporcionar la producción de confetos relacionados a la sexualidad a partir de la perspectiva de la mujer con lesión medular. Se trata de un estudio cualitativo, en el cual se utilizó el abordaje socio-poético. Los resultados indican la diversidad de confetos que implican varias dimensiones de la sexualidad y van más allá de la perspectiva biológica y, notoriamente, ultrapasan las probables limitaciones generadas por la lesión medular en el camino de ser mujer. Fueron compuestas categorías que revelaron, entre otros aspectos, simbolismos asociados al sexo, relaciones afectivas antes y después de la lesión medular, maternidad y relaciones con el cuerpo. Se busca contribuir a la construcción de un concepto de cuidado clínico que supere los límites del cuidado altruista. Se cree que el equipo interdisciplinario y el paciente, inseridos en el proceso de rehabilitación, tienen mucho que ganar cuando se disponen a transponer las clases expositivas y se permiten dar la oportunidad a espacios para la planificación de una atención individualizada y basada en la escucha del sujeto. Son necesarios más estudios que aborden al sujeto y su escucha como centro del cuidado y no solamente sus quejas y protocolos de como resolverlas.

Palabras-clave: Enfermería, Atención Dirigida al Paciente, Investigación en Enfermería Clínica, Salud de la Mujer.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Como compreender as mulheres	18
FIGURA 2 – O corpo coletivo produzido pelo grupo-pesquisador	63
FIGURA 3 - A colcha de retalhos produzida pelo grupo-pesquisador	75
FIGURA 4 - Les Amants	86

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
1 FEMINILIDADE, SEXUALIDADE E LESÃO MEDULAR: o que se inscreve nesse corpo?	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 A MULHER E A SEXUALIDADE	20
2.2 LESÃO TRAUMÁTICA DA MEDULA ESPINHAL	28
2.3 SEXUALIDADE FEMININA E LESÃO MEDULAR	31
2.4 CONSTRUINDO O CONCEITO DE CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: os caminhos escolhidos.....	48
3.1 TIPO DE ESTUDO	48
3.2 LOCAL DO ESTUDO	49
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	50
3.4 BASES TEÓRICAS DA SOCIOPOÉTICA	50
3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA: o método do grupo-pesquisador	54
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4 PRIMEIRA OFICINA DE PRODUÇÃO DE DADOS: construindo um corpo coletivo – uma mulher com duas cabeças	59
4.1 CATEGORIZAÇÃO DO CORPO COLETIVO	59
4.2 TRANSVERSALIZAÇÃO DO CORPO COLETIVO	70
4.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO PLÁSTICA	73
5 SEGUNDA OFICINA DE PRODUÇÃO DE DADOS: produzindo com os sentidos – uma colcha de retalhos.....	74
5.1 CATEGORIZAÇÃO DA COLCHA DE RETALHOS.....	74
5.2 TRANSVERSALIZAÇÃO DA COLCHA DE RETALHOS.....	82
5.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO PLÁSTICA	85
6 OFICINA DE ANÁLISE-EXPERIMENTAÇÃO: análise do grupo-pesquisador	86

7 OFICINA DE CONTRA-ANÁLISE: o discurso do grupo-pesquisador.....	90
8 ANÁLISE FILOSÓFICA: confetualizado os conceitos e conceitualizando os confetos	92
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: e assim começa o fim	99
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA	113

1 FEMINILIDADE, SEXUALIDADE E LESÃO MEDULAR: o que se inscreve nesse corpo?

A feminilidade é um conceito que tem sido discutido há décadas. Vários autores têm se empenhado em resolver esse enigma. Birman (1999) afirma que ela pode ser condensada em duas palavras: aventura e enigma. De fato, apesar de tantos estudos, não há consenso geral.

O que dizer, por exemplo, de um ser humano com todas as características biológicas de um homem e que se sente uma mulher presa no corpo de um homem? Podemos dizer que é menos mulher que qualquer outra com a anatomia feminina?

Exatamente por isso, começamos nosso texto constituindo-o com a palavra feminilidade e não exatamente com a palavra mulher. A diferença entre os sexos, na verdade, implica em diferentes características, de acordo com o olhar que é lançado. Para a biologia e o registro civil, a anatomia é determinante; para Freud e Lacan, na psicanálise, embora com algumas diferenças de conceito, é a postura diante da busca do “falo”, das conquistas fálicas (poder, domínio sobre as coisas e sobre os outros) que define a postura masculina ou feminina diante da vida (SOLER, 2005).

Em complementaridade aos conceitos de Freud e Lacan, neste estudo, abordamos o conceito de feminilidade entendido por Birman (1999) como sendo a singularidade do sujeito e as suas escolhas específicas, uma postura voltada para o particular, o relativo e o não-controle sobre as coisas. É esse sujeito, essa feminilidade, que nos interessa. Mas antes de tudo há que se entender que sujeito é esse.

Em cada cultura, além das religiões e da historicidade, há sempre a necessidade de um salvador ante o desamparo, que seja também causa e garantia da existência humana, o grande Outro, chamado Deus. Lacan, muitas vezes, situa o Outro como sendo a mãe, ao se referir à experiência das crianças (FINK, 1998; MAGALHÃES, 2004).

Mas comecemos do princípio acompanhando o raciocínio de Fink (1998). Mesmo antes de uma criança nascer, existe um desejo dos pais em relação a este filho (o desejo não é equivalente a uma vontade de ter filhos e pode inclusive ser uma não-vontade) que prepara e antecede sua chegada. As motivações para se ter filhos funcionam de uma forma muito direta, como causadoras da presença física da criança no mundo. Assim o sujeito existe por causa do desejo do outro. Vemos aqui a alienação pelo desejo.

Logo após o nascimento a criança ainda não assimilou a linguagem, não consegue se expressar por palavras e chora. Os pais, por sua vez, traduzem este choro em palavras, ou seja, o sentido do choro é dado pelas pessoas que cuidam do bebê, e é a partir desta linguagem que vai ser interpretado como frio, dor, fome ou outra significação qualquer. Assim, a criança é obrigada a fazer uso dos significantes do Outro, a fim de expressar seus desejos em palavras. Estes podem não corresponder necessariamente às suas demandas específicas, pois são moldados pela linguagem do Outro. Vemos agora a alienação pela linguagem.

Lacan nos mostra que os “porquês” intermináveis das crianças, na verdade, não são meras curiosidades, mas sim sua preocupação em compreender que posição ocupam, que importância têm para seus pais, o que permanece no desejo do **Outro**, o que falta ao Outro. Esse desejo começa a funcionar como causa do desejo da criança. Assim, Para Fink (1998), a linguagem é permeada pelo desejo e este inconcebível sem a linguagem.

A fala é utilizada pelo sujeito para decodificar o mundo. “As primeiras simbolizações proporcionam às crianças um novo recurso para dar o salto da fronteira de seus domínios e para aprender a obter prazer diante da angústia que a ausência da mãe produziu” (MAGALHÃES, 2004, p. 22).

De acordo com a teoria lacaniana, a linguagem permite que o desejo se realize, e ao mesmo tempo, possibilita desejar e não desejar a mesma coisa, e desejarmos mais quando conseguimos o que pensávamos desejar e assim sucessivamente. À linguagem, como estrutura significativa que permite ordenar a subjetividade e a constituir a realidade discursiva do ser falante, Lacan identificou como o **Outro primordial** (FINK, 1998; MAGALHÃES, 2004).

A essa cadeia de significantes como palavras, fonemas e letras constituintes da linguagem, Lacan chamou de inconsciente. O inconsciente é o discurso do Outro, na medida em que as opiniões e desejos de outras pessoas são simbolizadas por meio das palavras para fluir até nós (FINK, 1998).

Desta forma,

O sujeito é dividido entre o eu e o inconsciente, entre consciente e inconsciente, entre um sentido inevitavelmente falso do self e o funcionamento automático da linguagem (a cadeia de significante) no inconsciente. O sujeito não é senão essa própria divisão, sujeito fendido, sujeito dividido, sujeito barrado (\$). A clivagem do Eu em eu (falso self) e inconsciente gera uma superfície num certo sentido com dois lados: um que é exposto e um que é escondido (FINK, 1998, p. 66-67).

Na releitura que Lacan faz da obra freudiana, a sexualidade seria algo da ordem da fala e da linguagem. O corpo estaria inscrito pelo erotismo desde o momento em que a mãe

toca o filho com os objetivos mais básicos, como o de realizar a higiene de seu corpo. Sendo assim, a exigência biológica da reprodução até poderia ser decorrência do ato sexual, mas não seria sua única causa (BIRMAN, 1999).

Em nosso estudo, este corpo está, também, inscrito, marcado, pela lesão medular. A lesão da medula espinhal é uma das mais graves síndromes incapacitantes pelo fato deste órgão ser um centro regulador de importantes funções do corpo, como respiração, circulação, bexiga, intestino, controle térmico e atividade sexual (GIANINI, CHAMLIAN, ARAKAKI, 2006).

Sua importância é expressa na população por meio de dados epidemiológicos apresentados em vários estudos. Marotta (2002) cita dados dos Estados Unidos onde afirma que a lesão da medula espinhal atinge cerca de 30 a 40 pessoas por milhão. O Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2000 mostrou que naquele ano, havia 955.287 pessoas com paraplegia, tetraplegia ou hemiplegia, dos quais 48.332 estavam no estado do Ceará (IBGE, 2002).

Entre as várias alterações em consequência da lesão medular, a literatura cita a importância das relativas à função sexual (PRANDINI, FERNANDES, TELLA JR 2002; FALAVIGNA, 1997; ALVES, GUEDES, ALVES, 1999; GONDIM, OLIVEIRA, RÔLA, 1998). Estas podem ocorrer em qualquer etapa da função sexual: ereção, ejaculação, lubrificação vaginal e orgasmo e estão diretamente ligadas ao nível da lesão e/ou disfunção neurológica e têm íntima relação com o estado psicológico (FARO, CAMPEDELLI, 1991; GONDIM, OLIVEIRA, RÔLA, 1998).

Assim, o tema da sexualidade está diretamente relacionado à promoção da saúde e o bem-estar da pessoa com lesão medular, devendo ser contemplado no processo de reabilitação, sendo, portanto, de grande interesse para estudos por parte dos enfermeiros.

A sexualidade pode ser entendida como uma dimensão pessoal e humana que supera os limites do impulso genital e avança para um aspecto profundo da personalidade, presente desde a concepção até a morte e inclui tudo o que se é e o que se faz, inter-relacionada de forma inseparável os papéis biológico, psicológico e social (MELO, CARVALHO, PELÁ, 2006).

Entre os ramos da ciência que se ocupam do cuidado com o corpo está a enfermagem. Desde Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, um marco da enfermagem moderna, o enfermeiro lança mão de sua subjetividade sobre o cuidado com o corpo. Entretanto, devido à forte ligação desta com a prática religiosa, relacionada ao contexto

histórico, o idealismo da época pregava a negação do desejo e não se podia trabalhar com a subjetividade. Desta forma, o cliente não participava do seu cuidado, pois de acordo com a perspectiva positivista, o saber técnico-científico era insuperável (TEIXEIRA, FIGUEIREDO, 2001).

Contudo, ao longo dos séculos, vários movimentos surgiram com o objetivo de romper este modelo. Outros saberes foram construídos considerando diversos aspectos do ser humano, como as emoções, o inconsciente e o desejo pela vida. Assim, o enfermeiro buscou um papel que fosse não somente aquele de higienista e controlador da organização das instituições e passou a se importar com a subjetividade e as vivências do sujeito. Na esfera da subjetividade não se pode esquecer do desejo (TEIXEIRA, FIGUEIREDO, 2001). E este, entre seus vários aspectos, envolve a sexualidade.

Gomes (2007) afirma que a sexualidade influencia de forma importante a qualidade de vida do cidadão, pois não é um aspecto isolado de suas vidas. Ressalta, também, que ela é constantemente construída por meio da interação entre os sujeitos e as estruturas sociais vigentes não se restringindo apenas a uma visão biológica.

Nesta perspectiva, na atenção à pessoa com lesão medular a sexualidade se faz importante objeto de estudo, tanto quanto o dos cuidados com as condições físicas como a avaliação das funções vésico-intestinais, os cuidados com a pele, entre outros. Assim, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento do universo subjetivo de seu cliente, o que ele considera importante para seu cuidado com o corpo em suas várias dimensões.

Ao procurar um serviço de saúde, a pessoa com lesão medular se apresenta com todas as suas alterações: úlceras por pressão, infecções urinárias, problemas relacionados à hipotensão, incontinências e, também, aqueles relacionados à vivência da sua vida sexual (GARCIA, 1993; FARO, 1995; GONDIM, OLIVEIRA, RÔLA, 1998). Entretanto, não é comum os profissionais de saúde lidar com as questões da sexualidade (SUAID et al, 2002).

Embora se saiba que o relacionamento sexual estimula e constrói a auto-estima, a capacidade física não deve ser totalmente responsabilizada pela vivência sexual de uma pessoa. Há influência, também, de fatores muito importantes como a desinformação, que pode deixar a pessoa vulnerável em seu processo de relação com a imagem corporal, auto-estima e identidade sexual (ALVES, GUEDES, ALVES, 1999; FARO, CAMPEDELLI, 1991; SIECZKOWSKI, 1998; FEROLLA, LOURENÇO, 1996).

Cada pessoa deve ser considerada em sua experiência de vida única e o profissional de saúde deve incentivá-la a ter maior poder de intervenção nas relações sociais

que influenciam a qualidade de sua vida, obtendo papel ativo e transformador da realidade em que vive. Isto, nada mais é que promover a saúde (RIOS et al, 2007).

Minha convivência diária com pessoas com lesão medular no Centro de Reabilitação Sarah – Fortaleza possibilitou-me conhecer um pouco do cotidiano das mesmas, bem como de suas preocupações e anseios. Estou nesta Instituição desde fevereiro de 2002. Em julho do mesmo ano iniciei meu trabalho no Programa de Reabilitação do Lesado Medular. Um programa destinado a atender pessoas com lesão medular seja ela traumática ou não. Chamou-me bastante atenção a fala das mulheres apresentando suas angústias relacionadas às questões voltadas à sexualidade após este tipo de lesão.

A partir desta motivação, passei a estudar a temática e me inseri no grupo de orientação sexual do Programa do Lesado Medular em 2004. Atualmente, este grupo ocorre quinzenalmente, homens separados das mulheres, e tem como objetivo realizar orientações gerais sobre a neurofisiologia reprodutiva além de proporcionar um espaço para reflexão sobre a sexualidade e sua relação com a lesão medular. Os depoimentos, em geral, corroboram com a literatura discutida anteriormente na medida em que as mulheres confirmam que este tema não havia sido abordado nas instituições por onde passaram anteriormente e que, algumas vezes, seus próprios familiares consideram um ato de violência a aproximação sexual após a lesão medular. As mulheres relatam se sentirem excluídas destas questões. Com a participação no grupo, meu interesse pelo tema aumentou cada vez mais.

Nesta perspectiva, a relevância deste estudo está em almejar despertar o enfermeiro reabilitador para a importância de conhecer como a mulher com lesão medular se percebe em relação à vivência de sua sexualidade. Este conhecimento é peça fundamental no processo de reabilitação, pois subsidia o planejamento de atendimentos e orientações que podem contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. A assunção crítica das reflexões sobre esta temática pode permitir, ainda, que a mulher se aproprie, ainda mais de seus potenciais, deixando de ter um papel de paciente/passiva e assumindo-se como agente do seu próprio cuidado.

Desta maneira, rompe-se o paradigma da verticalização do profissional de saúde em relação a seu cliente, onde o primeiro planeja as ações e o segundo somente as recebe e executa, sem em nada contribuir e/ou questionar. Este passa a ter papel ativo fundamental em seu processo de saúde e reabilitação, participando e contribuindo com o mesmo. Daí a importância de saber não só o que a literatura estritamente científica e neurológica expõe e recomenda, mas também, saber quais os sentidos, conceitos e afetos que a mulher com lesão

medular produz sobre o tema. Acredita-se que se sentindo parte do processo, ela estará mais envolvida nele.

Um outro aspecto a considerar é que, na prática cotidiana, de modo geral, vemos as pessoas com idéias prontas sobre a pessoa com lesão medular. Acreditam-nas incapazes para desenvolver atividades ditas normais, como estudar, trabalhar e se relacionar afetiva e sexualmente. Mas, no universo dessa pessoa isto pode acontecer de forma bastante diferente. Como pudemos perceber com a discussão introduzida por Lacan, a experiência do corpo não se resume ao biológico e cada sujeito, fazendo uso de sua inserção na linguagem, se situa de formas diferentes em relação ao que lhe acontece e marca.

Assim, surgiu a questão desta pesquisa: “Quais os confetos¹ produzidos, acerca da sexualidade, por mulheres com lesão medular?”

Deste modo, traçamos como objetivo geral deste estudo fazer emergir a produção de confetos relacionados à sexualidade a partir da perspectiva da mulher com lesão medular. E como objetivos específicos: 1) proporcionar um espaço que favoreça às mulheres com lesão medular refletirem acerca das questões relacionadas à sexualidade, 2) identificar os confetos produzidos pelo grupo-pesquisador correlacionando-o com o saber científico tradicional acerca do tema, 3) refletir sobre a contribuição dos confetos produzidos na promoção do cuidado clínico de enfermagem.

¹ “conceitos produzidos pelo grupo- pesquisador os quais se distinguem do senso comum por dar-se na composição de um plano de consistência onde conceitos e afetos se misturam, traçando linhas de desterritorialização e configurando a realidade de novos desejos.”(GOMES et al, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A MULHER E A SEXUALIDADE

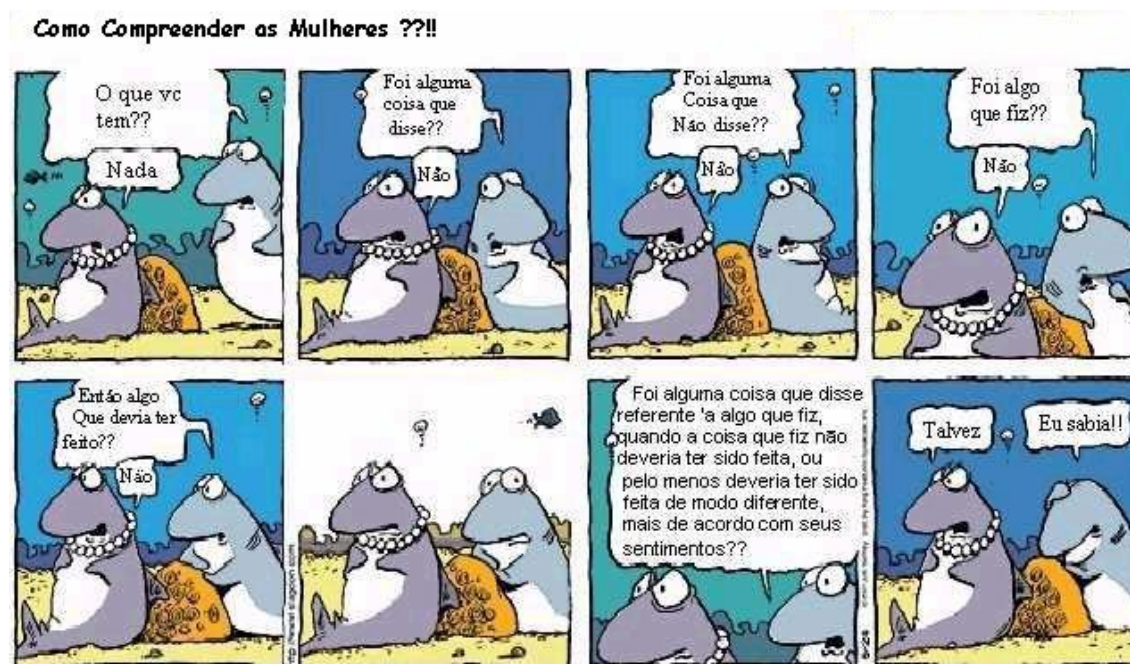


Figura 1: Como compreender as mulheres.

Fonte: <http://comidanapedra.blogspot.com/2005/03/como-compreender-as-mulheres.html>

Este é Sherman, um cartoon elaborado por Jim Toomey (<http://www.slagoon.com/>) espalhado em tirinhas pelo mundo inteiro. Aqui podemos ver Sherman, o personagem principal, com sua mulher Megan. Eles vivem no lago Kapupu, do atol de mesmo nome que fica na Micronésia.

Esta tirinha já correu o mundo como uma explicação de como compreender as mulheres e, apesar de não nos dar uma resposta objetiva, já adianta as complicações com as quais nos deparamos ao tentar abordar o tema.

Soler (2005. p.30) nos diz que “a mulher é uma invenção da cultura ‘histórica’, que muda de feição conforme as épocas”, “dela ‘tudo pode ser dito’, mas no sentido de qualquer coisa: sempre haverá um exemplo possível e uma multidão de exemplos contrários. Originais, por definição” (SOLER, 2005, p. 41).

Há algumas perguntas que povoam o imaginário: o que é uma mulher? O que quer uma mulher?

Uma imagem famosa de mulher é Eva, mulher de Adão. É de conhecimento geral que ela foi retirada da costela do homem para fazer-lhe companhia, ou seja, para servi-lo. Porém, ela se mostrou uma figura perigosa, pois seduziu Adão a comer do fruto proibido, o que lhes valeu a expulsão do paraíso. Esta origem feminina passa a idéia de que a mulher pode ser assustadora e talvez isso explique o empenho dos homens ao longo da história em dominá-la.

Outra imagem de mulher que podemos tomar como exemplo é a da teoria de Galeno, no início da era cristã. Para ele, a mulher tinha o aparelho genital análogo ao do homem e seus órgãos guardavam correspondência estrita. O que os diferenciava era a interioridade corporal dos órgãos sexuais femininos e a exterioridade dos masculinos, pois estes tinham o calor mais intenso presente. Mas não havia diferença de essência. Se a Mulher tivesse sua intensidade de calor aumentada ela poderia vir a ser um homem, considerado a materialização da perfeição sexual. Porém, o inverso não seria possível, pois seria uma solução impensável na ordem cósmica da hierarquia entre os seres (BIRMAN, 1999).

Dando um salto na história, do início da era cristã para o período colonial, observamos que ao longo dos anos se delineou uma nítida distinção de papéis sexuais. Ao homem cabia: controlar a vida da mulher como se fosse sua propriedade, determinando o que seria desempenhado por ela e sustentar a família. À mulher cabia: procriar, ser dona de casa, administrar tarefas dos escravos, educar os filhos do casal, prestar serviços sexuais ao marido, ou seja, ser totalmente dominada pelo homem submetendo-se aos seus interesses. Porém, esta mulher da qual falamos é a mulher branca, residente nas casas senhoriais. Os modelos de corpo atendiam aos interesses capitalistas estabelecendo diferenças significativas. À mulata era associada imagem sensual no seu modo de andar, de sorrir e de fazer carinhos nos senhores brancos melhor que suas esposas. As esposas, por sua vez, não tinham o direito de receber educação sexual antes do casamento e nem tampouco lhes era permitido exercer atividades intelectuais, pois os médicos acreditavam existir uma estreita relação entre o útero e o sistema nervoso central. Assim, a atividade intelectual feminina poderia gerar crianças doentes e malformadas. O homem não corria tal risco, por isso a atividade intelectual lhe era incentivada (BORIS; CESÍDIO, 2007).

A supressão da atividade intelectual feminina pode ser vista também na arte, campo onde, novamente, o olhar masculino é dominante (LOPONTE, 2002). O desenho natural com modelo nu foi a base do ensino acadêmico e da representação na Europa do século XVI ao XIX. Por isso, embora os nus femininos fossem presença constante naquela

época, isso não queria dizer, em momento algum, que os homens se preocupavam em retratar a sexualidade feminina ou a mulher como um sujeito com vontade própria. Ao contrário, as mulheres apareciam em bordéis, sendo retratadas como prostitutas e amantes. A mulher artista não tinha direito a este ensino. Deveria se contentar com obras consideradas de menor valor artístico como representação de pinturas de interiores e naturezas-mortas. Era incentivada a arte apenas se ela estivesse moldada pelo contexto doméstico (LOPONTE, 2002).

As mulheres não eram inseridas no rol dos grandes artistas, ao contrário, eram sempre apêndice de alguém. E quando os críticos não conseguiam diminuir o valor de sua obra argumentavam que se tratava de obra falsa (LOPONTE, 2002).

A diferença dos modos de enxergar a nudez feminina na arte pode ser vista claramente a partir de dois exemplos. O primeiro, a partir de um tema bastante retratado no Renascimento, SUSANA E OS VELHOS. Na obra de Tintoretto (1518-1594), a mulher está nua sendo observada por dois homens. Assume uma posição passiva, resignada, revelando uma quase cumplicidade provocativa, prestes a ser dominada. Na obra de Artemisia Gentileschi (1593-1652), Susana não se mostra passiva, provocativa, mas assume uma postura de horror (LOPONTE, 2002).

O outro exemplo se refere ao casal Rodin e Camille Claudel na representação do amor erótico. Na obra, O beijo (1880-1889), de Rodin, o homem domina o beijo, se apoderando do desejo da mulher. Por outro lado, na escultura Abandono, Vertumno e Pomona e Sakountala (1905), de Claudel, o homem está ajoelhado diante da mulher e esta retribui o desejo erótico com um beijo. Os corpos femininos esculpidos por Claudel são desejantes e não simples objetos do prazer masculino (LOPONTE, 2002).

Porém, o erotismo foi subjugado pela religião cristã, sendo desqualificado em favor da cristandade. O erotismo seria regulado, então, pela reprodução e ideais de amor familiar para que o homem não incorresse em pecado (BIRMAN, 1999).

Paralelo a este contexto, surgiu a psicanálise que “definiu a sexualidade pelos atributos do prazer e do gozo”, ou seja, trouxe à cena o erotismo dos corpos, sendo eles masculinos ou femininos (BIRMAN, 1999, p. 21).

Nesta perspectiva, surge outro enigma, o da diferença sexual. Já se nasce homem ou mulher? Ou há alguma condição que produza homens e mulheres? Recorreremos aos estudiosos de Freud, criador da psicanálise, para tentar entender como este organizou suas idéias.

Soler (2005) nos resume que, para Freud, a identidade do sujeito é diretamente ligada ao falo. O homem tem-no e tem medo de perdê-lo, a mulher, não o tem, mas tem vontade de tê-lo. Mas o que é o falo?

Rocha (2002) considera este, exatamente, um dos problemas da teoria de Freud. O autor considera que Freud não conseguiu fazer uma distinção rigorosa entre o falo e o pênis. E isto teria comprometido sua teoria ao concentrá-la na diferença biológica. O autor considera, ainda, que a mulher freudiana era um homem mutilado, inferiorizada pela civilização patriarcal e pelo discurso masculino, pontos que Freud, embora um vanguardista, não considerou.

Freud desenvolveu sua teoria da diferença sexual e da feminilidade em torno do mito do amor de Édipo. Para a menina, a fase foi dividida em duas etapas: 1) na primeira, semelhante ao Édipo masculino, a mãe é o objeto de amor da menina e sua zona erógena é o clitóris; 2) na segunda, o pai passa a ser objeto de amor e a vagina a zona erógena. Esta mudança de objeto de amor estaria diretamente relacionada à identificação da menina e da mãe como seres castrados, destituídos de pênis. Ao perceber ter sido colocada no mundo pela mãe sem pênis, a menina culpa-a e desvaloriza-a, podendo ser levada a três destinos possíveis: a neurose e a inibição sexual, a virilidade feminina e a maternidade. Esta troca de objeto era considerada por Freud um ponto fundamental, pois aspirando ao amor de um homem ela alcançaria o único caminho seguro para a feminilidade, a maternidade (FREUD, 1905; BIRMAN, 1999; UTCHITEL, 2005; DUARTE, EGUCHI, 2007; FARIA, 2004).

Soler (2005) acrescenta que, até mesmo no casamento, Freud considerava que ele só seria seguro se a mulher assumisse a postura de ser mãe do seu marido, pois não havia salvação para a mulher fora do casamento. Fora dele ela estaria sujeita à inibição sexual da neurose ou perversão ou alimentaria a pretensão de ter o falo e ser como um homem (BIRMAN, 1999).

O próprio Freud reconhecia as limitações de sua teoria:

Isto é tudo o que tinha a dizer-lhes a respeito da feminilidade. Certamente está incompleto e fragmentário, e nem sempre parece agradável. Mas não se esqueçam de que estive apenas descrevendo as mulheres na medida em que sua natureza é determinada por sua função sexual. É verdade que essa influência se estende muito longe; não desprezamos, todavia, o fato de que uma mulher possa ser uma criatura humana também em outros aspectos. Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência de vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes (FREUD, 1932, p.165).

Não podemos esquecer que Freud viveu numa época em que o discurso era patriarcal e a sociedade, dominada pelos homens. Se a maternidade era considerada a saída e único caminho seguro para a feminilidade, a mulher feminina era a mulher-mãe.

Neste sentido recorremos ao pensamento de Birman (1999) para entender como funcionava a sociedade da época. Ele utiliza a figura de Carmem, no contexto original de Bizet². Carmem era uma prostituta, com disposição de mulher fatal que caminha de cabeça erguida para a Plaza de Toros. Neste contexto, a sedução feminina foi considerada atributo negativo, pois era exatamente o oposto da figura da mãe, signo do perigo para a ordem familiar e social, da esposa casta e fiel. Esta Carmem era marcada pelo egoísmo, infidelidade e ausência de castidade. Era a materialização da inexistência da decência feminina.

Esta figura se inscrevia num papel social absolutamente definido como “aquela que poderia oferecer ao macho a centelha de paixão e de erotismo que inexistiam no universo doméstico do lar” (BIRMAN, 1999, p. 88). Assim, foi necessário disciplinar a prostituição, medicalizando-a e destituindo-a de periculosidade na medida em que poderia satisfazer a volúpia masculina sem disseminar as doenças venéreas (BIRMAN, 1999).

Sem poderes sociais, Carmem utilizava os atributos do seu corpo e a promessa das delícias para transformar o homem numa presa capturada, que depois de seduzido seria descartado e desprezado. Nesse modelo, de sedução por sedução, este atributo se apresenta numa construção anti-erótica. Birman (1999) considera este tipo de sedução como um ato de morte do sujeito desejante. E esta figura feminina era a mulher-homem movida pelo poder e pelo domínio. E por isso mesmo, durante anos, a sedução foi vista como uma marca pejorativa da virilidade da mulher.

Avançando para final do século XIX, observamos o início do declínio do sistema patriarcal no Brasil. As primeiras escolas normais foram criadas e criticadas por aqueles que se mostraram contra a profissionalização da mulher. O feminismo ganhou força nos séculos XIX e XX. Surgiram novas profissões ligadas ao início da industrialização e o sistema patriarcal perdeu força para o capitalismo (BORIS; CESÍDIO, 2007).

No capitalismo, mais uma vez, os corpos foram submetidos a uma dominação no campo sexual. O corpo era considerado meio para a produção industrial e não interessava aos donos de indústrias que houvesse a liberdade sexual, pois a repressão sexual era uma forma de medir poder e preservar o corpo para o trabalho (FOUCAULT, 2006a).

² Georges Bizet escreveu a ópera Carmen, com estréia mundial em 1875, na Ópera Comique, em Paris.

A vontade de recrutar e dominar corpos para o trabalho fez com que a mulher pudesse ter a oportunidade de ter acesso ao mercado de trabalho e aos meios de produção, podendo se desenvolver como profissional. Assim, obteve conquistas que antes eram consideradas masculinas: teve reconhecida sua capacidade intelectual, desenvolveu pesquisas científicas e cursou mestrado e doutorado; pôde contribuir nos gastos financeiros da família, e, algumas vezes, exerceu sozinha o papel de chefe familiar (BORIS; CESÍDIO, 2007).

Em meio a essas transformações sócio-políticas, no início da década de cinquenta, eis que surge uma nova abordagem acerca da feminilidade a partir do pensamento de Jacques Lacan. Nele ressurgiu com vigor a perspectiva falocêntrica freudiana como organizador central da sexualidade e do desejo. Além disto, o pensamento de Lacan destaca a importância do Outro, que pode ser aproximado do contexto do complexo de Édipo, deixando sua marca na posição a ser adotada por qualquer sujeito no exercício da sexualidade (DUNKER, 2004; UTCHITEL, 2005).

Lacan fez uma releitura da teoria da freudiana e resignificou o falo, como aquilo que representa a falta, um significante, do desejo e do gozo, o resto inconcluído de uma imagem. Com ele, surgiu a idéia de que “o falo não é o pênis, mas o valor simbólico atribuído a ele e, por extensão, à erotização do corpo. O falo, como representante da falta, reúne sob si o tema da castração quer como perda de amor, quer como angústia” (DUNKER, 2004, p 121). Como todo significante, o falo tem lugar no discurso do Outro.

A linguagem assume papel importante na diferença sexual, pois a partir do momento em que alguém é significantizado e chamado de menino ou menina dá-se o primeiro passo, embora não definitivo, para um tornar-se homem e um tornar-se mulher (SOLER, 2005). Assim como em Freud, a sexualidade e identificação sexual, aqui chamada de sexuação, são submetidas à função fálica em seus pensamentos iniciais.

Entretanto, com o seguimento de seus estudos Lacan percebeu que a sexualidade feminina e masculina funcionam a partir de lógicas internas diferentes. Acompanhemos o raciocínio de Dunker (2004) sobre a sexualidade masculina tecida por Lacan.

A lógica da sexualidade masculina, por exemplo, define-se por uma contradição entre a exceção e universalidade: (a) Existe um homem que não está submetido à castração. (b) Todos os homens estão submetidos à castração. [...] A exceção não apenas confirma, mas constitui a regra. O conjunto dos homens é assim um conjunto consistente (Dunker, 2004, p. 124).

Aqui vemos o mito de que pelo menos um homem escapa à castração, é o pai real, do tempo antes da linguagem, que tem acesso a todas as mulheres. A masculinidade vive, assim, a lógica da incompletude, do extremo da impotência ao donjuanismo.

Para a sexualidade feminina:

O conjunto formado pela mulher é um conjunto inconsistente, não um conjunto incompleto. Isso porque a forma de gozo em questão, neste caso, não se limita ao gozo comandado e organizado pelo falo. Há, na sexualidade feminina, um gozo suplementar, ou seja, um gozo que não completa aquilo que estava faltando, segundo a lógica masculina, mas que vem a mais, vem como suplemento. Isso ocorre porque a sexualidade feminina está *não-toda* submetida ao falo. (a) Não toda mulher está submetida à castração. (b) Não existe mulher que não esteja submetida à castração (DUNKER, 2004, p. 125).

Nesta perspectiva, o falo perde o status de ordenador único da sexualidade, pois ele é necessário, mas não todo suficiente para se pensar a sexualidade feminina. Assim, nem toda sexualidade é fálica. A sexualidade feminina é não toda inscrita pelo falo e existe uma falta própria, peculiar ao sujeito feminino. Esta falta, Barbieri (1996) nos diz que Lacan considerou como irrepresentável. Ou seja, de um lado, a mulher está submetida à falta fálica, de outro, à falta própria do feminino está além da linguagem e não é possível ser simbolizada.

Soler (2005) nos ajuda a concluir que, para Lacan, é homem o sujeito totalmente submetido à função fálica. E é mulher o sujeito não todo submetido ao gozo fálico.

Explicando melhor como se dá esta dimensão do não todo acrescentamos que, a mulher,

[...] para alcançar este Outro gozo há que se despir então da própria ordem fálica, em todos os seus pormenores. Abrir mão do simbólico, para alcançar a falta significante. Gozar deste estado sem palavras, que só o grito pode representar enquanto falta de significantes no Outro (BARBIERI, 1996).

A falta fálica, na mulher, converte-se num efeito compensatório, ela se transforma naquilo que não tem para tentar suprir o desejo do seu parceiro, do outro. Ela também se auto-proporciona o substituto fálico: fortuna, poder, influência, sucesso, entre outros. Só que as conquistas fálicas não são suficientes para se fazer uma mulher. Por isso, há tempos a psicanálise conhece os conflitos subjetivos, os quais variam conforme as épocas, entre a apropriação fálica e a inquietação quanto à vida de mulher (SOLER, 2005). Assim, a mulher, embora também submetida à função fálica, certifica-se de que não é um sujeito qualquer, mas um sujeito escolhido pelo amor de um homem.

Para essa nova imagem de feminilidade, invocamos novamente Birman (1999) e suas Carmens. Esta agora, a nova Carmem, a dos anos 80, dos filmes de Francesco Rossi e notadamente a de Carlos Saura. Ela retoma a sedução e o erotismo sob uma imagem positiva, pois os assume em estado puro, identificando-se com eles. O ser da mulher está inscrito no registro do desejo, longe da masculinidade, falicidade ou prostituição. Este desejo depende das singularidades femininas. Ser mulher não implica mais abrir mão ou ser obrigatoriamente mãe. “É pela feminilização do desejo que o erotismo se torna possível, pois revela para os homens e para as mulheres a incompletude que rasga os seus corpos [...]” (BIRMAN, 1999, p. 99).

A sedução deixa der exibida na conquista pela conquista, sem leviandade e passa “ser exercida como uma marca insofismável da feminilidade” (BIRMAN, 1999, p. 91). É uma mulher com brilho das ondas luminosas do desejo, que impregna o outro com sua luminosidade e o coloca em movimento, presente no outro, despojado de apropriações e sujeições.

O erotismo se impõe, inscrevendo-se no corpo do outro de maneira indelével, podendo ofertar então não apenas pernas e asas para o pensamento, mas infundir também energia para a ação. Enfim, o erotismo se faz assim carne e símbolo, libido e simbolização ao mesmo tempo (BIRMAN, 1999, p 128).

Eis a feminilidade.

Porém, atualmente, estamos acostumados com os corpos femininos vendendo produtos, lugares, modos de ser e de viver. Seria um retorno à mulher-objeto?

Os modos de ser, pensar e agir que delimitam o ser humano são um resultado da interação com os valores e influências sócio-culturais de uma época, em cada sociedade. E desta forma, a construção e concepção do corpo feminino está ligada a este modo de ser e se organizar psiquicamente. Assim, não existe uma definição rígida de sexualidade feminina, ela envolve discursos e imagens produzidos.

Mas, o que quer a mulher?

Comungamos com o pensamento de Soler (2005):

Um desejo bem alheio a qualquer busca do ter, e que tampouco é a aspiração a ser que é a demanda de amor. Ele se define como o equivalente, se não de uma vontade, pelo menos de uma visada de gozo. Mas trata-se de um gozo específico, que se excetua do caráter ‘discreto’ e, portanto, limitado do gozo propriamente fático. Mais que um voto de alhures, um empenho, um ‘esforço’ que rivaliza e em relação ao qual eu arriscaria de bom grado a formulação: gozar tanto quanto deseja (SOLER, 2005, p. 36).

O corpo, além de marcado pela linguagem, leva consigo, marcas que o acompanham e lhe traduzem significados ao longo de sua história de vida. A lesão medular é uma marca que carrega em si vários significados, pois provoca várias alterações na mecânica e na interação entre os corpos. É uma imagem de mulher, diferente da dos comerciais de televisão, a que se trata aqui. Por isso, achamos importante que o leitor conheça, também, o que se diz, biologicamente, da mulher com lesão medular traumática.

2.2 LESÃO TRAUMÁTICA DA MEDULA ESPINHAL

A medula espinhal de um adulto se estende desde a primeira vértebra cervical até a primeira ou segunda vértebra lombar, possuindo cerca de 45 cm. A coluna vertebral dá sustentação ao tronco e ao mesmo tempo oferece proteção à medula, um importante condutor de impulsos nervosos de natureza sensitiva e motora entre as várias partes do corpo e o cérebro (DEFINO, 1999; BOULLOSA et al, 1995).

Pereira e Araújo (2006) relatam que, de um modo geral, as lesões traumáticas são responsáveis por 80% do total das lesões medulares, ocasionadas, geralmente, por acidentes de trânsito, projétil de arma de fogo, armas brancas, quedas e acidentes de trabalho ou de prática de esporte. Sobre as lesões não-traumáticas (20%), as causas mais frequentes são: tumores, infecções, alterações vasculares, doenças degenerativas e malformações.

Boullosa et al (1995) citam sete mecanismos pelos quais a incidência de forças de impacto e os movimentos da coluna vertebral gerados destas forças podem ocasionar o trauma raquimedular: 1) carga axial (quando a maior força do trauma é exercida no ápice do crânio), 2) hiperflexão (quando a coluna cervical é exageradamente fletida para frente), 3) extensão (quando o crânio tende a estender a coluna para trás), 4) rotação (ocorre rotação exagerada de um determinado segmento da coluna em relação a outro), 5) carga lateral (a coluna é hiperfletida em sentido látero-lateral), 6) distração (quando as forças que envolvem o trauma estão em direções opostas, caudal e cranialmente), 7) ferimentos penetrantes (o tecido nervoso é lesado diretamente).

Estes mecanismos podem levar às fraturas das vértebras ou às lesões ligamentares, o que pode comprimir a medula e ocasionar comprometimento neurológico (BOULLOSA et al, 1995). Segundo Taricco (2001), no instante do trauma, ocorre o chamado choque medular,

caracterizado pela perda de todas as funções neurológicas abaixo do nível da lesão medular, o que se traduz em flacidez e ausência de atividade reflexa e pode persistir por várias semanas.

Silva (2006) acrescenta que a lesão medular é uma grave síndrome neurológica incapacitante, caracterizada por alterações nas funções motoras, de eliminação vesical e intestinal, pele e tecidos moles, estruturas articulares, expressão da sexualidade, requisições nutricionais, além de interferir na vida profissional e produtividade econômica do indivíduo.

Há milhares de anos já se tinha conhecimento das grandes repercussões do trauma medular sobre o indivíduo. No antigo Egito, alguns médicos consideravam tão remota a possibilidade de recuperação de uma pessoa com tal lesão, que recomendavam que a mesma fosse privada de água para que morresse mais depressa. Entretanto, os avanços da medicina e com ela, dos centros de reabilitação, permitiram a utilização de medidas terapêuticas para minimizar as conseqüências devastadoras deste tipo de lesão e aumentar a expectativa de vida dos pacientes. Desde então, questões relacionadas à qualidade de vida e doenças associadas vêm sendo estudadas (GEBRIN et al, 1997; GIANINI, CHAMLIAN, ARAKAKI, 2006).

Tal é a importância deste tipo de lesão para a sociedade que a *American Spinal Injury Association* (ASIA) desenvolveu padrões para avaliação e classificação neurológica para a lesão medular decorrente do trauma aceitos mundialmente (ASIA, 2002). Resumidamente, o exame neurológico envolve avaliação da sensibilidade e da função motora. O exame da sensibilidade engloba a pesquisa da sensibilidade tátil e dolorosa em 28 dermatômos de ambos os lados atribuindo-se uma avaliação numérica ao achado: 0 – ausente, 1 – alterada, 2 – normal e NT – não testada. Já a avaliação motora avalia 10 pares de miótomos (músculos chaves), em ambos os lados, também com avaliação numérica: 0 – paralisia total, 1 – esboço visível de contração, 2 – movimento ativo que não vence a força da gravidade, 3 – movimento ativo que vence a força da gravidade, 4 – movimento ativo que vence uma resistência moderada, 5 – movimento ativo normal. Além disto, examina-se o esfíncter anal externo por meio do dedo examinador, a sensação e a motricidade presentes ou não contribuirão na classificação da lesão como completa ou incompleta.

A partir destes dados, a ASIA (2002) classifica as lesões de acordo com a *Impairment Scale* (AIS) em: A - lesão completa, sem função motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão, inclusive nos segmentos sacros S4-S5; B - lesão incompleta, sem função motora abaixo do nível da lesão, porém com sensibilidade preservada abaixo do nível neurológico, inclusive nos segmentos sacros S4-S5; C - lesão incompleta, com função sensitiva e motora preservada abaixo do nível da lesão, com a maioria dos músculos chave

abaixo do nível neurológico com força muscular entre os graus 1 e 3; D - lesão incompleta, com função sensitiva e motora preservada abaixo do nível da lesão e com força muscular dos músculos chave abaixo do nível neurológico maior ou igual a 3 e E - as funções sensitivas e motoras estão todas preservadas.

A ASIA (2002) define ainda outros conceitos importantes: tetraplegia – perda ou diminuição da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais da medula espinhal, o que resulta em alteração da função dos braços, tronco, pernas e órgãos pélvicos, mas não inclui lesões de plexo nem de nervos periféricos; paraplegia - perda ou diminuição da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrais, resultando em lesões que, de acordo com o nível, podem atingir tronco, pernas e órgãos pélvicos.

Vários estudos comprovam a supremacia de incidência da lesão medular em indivíduos do sexo masculino e numa faixa etária entre 19 e 38 anos, período economicamente ativo e de busca de realizações pessoais e crescimento profissional. Este fato não é exatamente novo, pois Homero, em seu livro *Odisséia*, aproximadamente 700 anos a.C já relatava lesão medular em homens (VENTURINI, DECESARO, MARCON, 2006; NOGUEIRA, CALIRI, HAAS, 2006).

Talvez por esta maioria numérica, os homens sejam mais estudados no que diz respeito às conseqüências da lesão medular, inclusive em relação à função sexual. Esta é uma das áreas que mais necessitam de assistência, devido os aspectos culturais, psicológicos e biológicos envolvidos (VENTURINI, DECESARO, MARCON, 2006; MATZAROGLOUA et al, 2005). Outro fator que pode ser citado é o da disfunção sexual feminina ser considerada menos problemática devido o papel passivo da mulher no intercurso sexual e pela maior questão da perda da ereção, ejaculação e fertilidade masculina (FERREIRO-VELASCO, et al, 2005).

Deste modo, concordamos com o pensamento de Silva (2006), quando este afirma que o enfermeiro tem papel primordial, atuando no cuidado integral ao paciente promovendo a saúde e, principalmente, participando da reabilitação, na supervisão e orientação de cuidados gerais ao paciente, objetivando o maior grau possível de independência. E a mulher não pode ser deixada de lado nesse processo de cuidado e atenção.

2.3 SEXUALIDADE FEMININA E LESÃO MEDULAR

Um sujeito é também constituído e representado pelo seu corpo. Este por sua vez, ao longo da sua história adquire marcas. Assim, para entendermos um pouco mais sobre com quem estamos dialogando, é também necessário conhecermos as marcas físicas que serão significantizadas por cada sujeito de nossa pesquisa e como elas se relacionam à cultura.

Cultura aqui é entendida como definem Boris e Cesídio (2007),

o modo como os indivíduos se comportam e expressam seus valores, suas crenças e seus saberes, em um determinado período histórico, a cultura compreende a maneira de o sujeito organizar seu pensamento, suas relações interpessoais, seus ideais e sua forma de perceber o mundo (BORIS; CESÍDIO, 2007, P. 454-55).

Na maioria dos países, a expectativa de vida da população tem aumentado ao longo das décadas e a qualidade de vida tem sido uma preocupação das pessoas. Entre seus indicadores, a satisfação da atividade sexual tem sido um dos mais citados. Assim o incentivo a uma vida sexual saudável passou a ser um tema importante na área da saúde (CORDÁS; LARANJEIRAS, 2006).

Com isso, o conhecimento sobre a sexualidade humana avança, e com ele identificam-se as diferenças entre as várias características relacionadas aos estímulos sexuais. Estas diferenças são influenciadas por fatores de ordem biopsicossocial, em especial: hormônios sexuais (estrógenos *versus* andrógenos), educação sexual (repressora *versus* permissiva), ambiente (controlador *versus* estimulante). Essa situação é dinâmica e modificada de acordo com os fatores próprios de cada indivíduo (ABDO; FLEURY, 2006).

A cultura do grupo social também tem sua influência, na medida em que este define os roteiros e comportamentos considerados aceitáveis. Desta forma, os referenciais dos diversos segmentos sociais orientam as práticas sexuais, expressões e manifestações relativas à sexualidade conforme os valores e significados atribuídos. Assim, percebemos que o exercício da sexualidade está estreitamente modelado pela relação entre sociedade e indivíduo. Antropologicamente, inclusive, considera-se que a maneira como caminhamos, sorrimos ou rimos, olhamos, escutamos ou empreendemos muitas das funções consideradas naturais de nossos corpos é socialmente construída conforme as idéias dominantes na sociedade, em cada momento histórico. Assim, os conceitos de beleza, apreciação social do corpo e a atração exercida sobre outras pessoas podem ser diferentes e variar de uma região para outra em um mesmo país, de um grupo social para outro ou de um período histórico para

outro. Desta maneira, pode-se inferir que a sexualidade é objeto de um processo de construção e aprendizagem. Logo, estabelecem-se regras de padrões estéticos pelas quais as pessoas vão sentir atração ou interesse e selecionar com quem se relacionam. Estes roteiros sexuais têm importante papel na biografia sexual dos indivíduos (HEILBORN, 2006).

Foucault (2006a) nos mostra a importância da cultura sobre a sexualidade quando discorre sobre o modo como a sociedade ocidental implantou, ao longo dos séculos, dispositivos para abarcar sua imensa vontade de saber sobre o sexo. Envolveu a medicina, sobretudo a psiquiatria, e impôs discursos de controle por ser uma forma de prazer não “destinada” aos trabalhadores da sociedade capitalista. A história da sexualidade, segundo o filósofo francês é antes de tudo, uma história dos discursos sobre a verdade do sexo e de seus prazeres.

Assim, se é socialmente reconhecido o tabu de fazer sexo com uma mulher com uma incapacidade física, estas regras sociais e culturais podem dificultar que estas mulheres estabeleçam relacionamentos (ANDERSON et al, 2007). Em uma situação diferente da considerada socialmente “normal” as mulheres apontam como dificuldade considerar seus corpos menos atrativos e acrescentam a mesma reação negativa de seus parceiros (FORSYTHE; HORSEWELL, 2006).

A nova realidade a partir de uma lesão medular pode afetar a vida sexual da mulher de forma significativa, não apenas pelas alterações motoras e/ou de sensibilidade, mas igualmente pela repercussão individual da atitude social e do parceiro diante da situação. Este conjunto é determinante sobre a visão da pessoa em relação à sua auto-estima e auto-imagem, e pode ter caráter negativo se a mulher com lesão medular for vista como um ser assexuado, sempre dependente de outros e incapaz de ter relacionamentos físicos em pé de igualdade. Estes elementos serão a base da construção da sexualidade desta pessoa (FERREIRO-VELASCO et al, 2005; FORGE et al 2006).

É também uma tendência construída socialmente a de que o prazer está associado à região genital e que o intercuro é o único aspecto da atividade sexual. Nos casos de um indivíduo onde a lesão medular provocou alteração de sensibilidade, seja ela total ou parcial, nesta região a qualidade de vida sexual tende a diminuir devido à frustração e, conseqüentemente, há uma perda na libido. Isto pode causar um significativo decréscimo na freqüência da atividade sexual após a lesão medular, ou seja, não necessariamente se atribui exclusivamente à diminuição da qualidade de vida sexual após a lesão medular ao grau da ASIA e ao nível da lesão.

É claro que o nível, a extensão da lesão, e o tempo pós-lesão estão diretamente relacionados com o grau de disfunção sexual orgânica. Mas, a lesão não acarreta perda da sexualidade. O indivíduo continua sendo um ser sexuado, qualquer que seja seu sexo. Pesquisas mostram que a despeito das consequências da lesão medular sobre o comportamento e função sexual feminina, a maior parte delas tem conseguido um ajustamento sexual satisfatório com o passar do tempo (FERREIRO-VELASCO et al, 2005; SUAID et al, 2002; SIPSKI et al, 2005). Vale ressaltar que estes dados são pertinentes a estudos americanos. No Brasil, ainda não há estudos publicados abordando estes aspectos.

Como já dito anteriormente, o impacto da lesão medular sobre a função sexual feminina tem sido particularmente bem menos estudado em comparação aos homens. A literatura estrangeira disponível ao alcance durante a pesquisa de referencial teórico deste estudo versa, quase em sua totalidade, apenas dos aspectos estritamente biológicos: que aspectos físicos são mais acometidos e quais os mecanismos neurofisiológicos que os regulam. No Brasil, inclusive, pouco se escreveu sobre a temática. É um aspecto humano desconhecido, muito pouco debatido, quase negado. Quando se fala em deficiência pensa-se mais nas questões de acessibilidade e nem estas ainda estão satisfatórias em nosso país.

Um exemplo de como a lesão medular pode influenciar a relação afetiva na perspectiva feminina pode ser visto no filme *Tarde Demais para Esquecer* (*An affair to remember*) do ano 1957. Terry McKay, interpretada pela atriz Deborah Kerr, abre mão de seu grande amor e se esconde dele após ser atropelada e ficar paraplégica. Ela temia ser rejeitada e ao mesmo tempo ser um fardo para ele.

Os estudiosos da área sugerem que a neuroanatomia e a neurofisiologia da função sexual feminina seja similar aos homens (ANDERSON, et al, 2007). Foote (2002) afirma que as respostas sexuais femininas (vaso congestão vaginal e do clitóris) são organizadas a nível espinhal e estas envolvem coordenações dos sistemas simpático, parassimpático e eferentes somáticos. Estes centros sexuais espinhais podem ser ativados por estimulação genital (via nervo pudendo) ou inibidos por aferentes viscerais (via nervo pélvico ou hipogástrico). Sítios cerebrais e o hipotálamo também exercem controle excitatório e/ou inibitório sobre esses centros sexuais espinhais.

Anderson et al (2007) acrescentam que informações sensoriais aferentes da genitália à medula são retransmitidas via nervo pudendo (S2-S4); a transmissão nervosa no sentido parassimpático genitália ocorre via nervo pélvico (S2-S4); e impulsos simpáticos para a genitália passam pelo nervo hipogástrico (T10-L2). Impulsos parassimpáticos causam

engurgitamento e intumescência dos lábios e clitóris, bem como lubrificação vaginal e impulsos simpáticos causam contrações rítmicas da uretra, tubas uterinas, glândulas parauretrais e musculatura do assoalho pélvico. Estes autores citam a importante descoberta de que a preservação de impulsos sensoriais nos dermatômeros de T11–L2 pode estar associada com a habilidade psicogênica de excitação.

A lubrificação vaginal é resultado da excitação, que por sua vez surge do sinergismo de ações psicogênicas e reflexas. Este mecanismo sofre influência dos graus e níveis da lesão medular. Mulheres com lesão até nível T11-L2 têm uma diminuição na habilidade de obter excitação genital de origem psicogênica. Neste caso está preservada a capacidade de lubrificação reflexa, o que sugere que a excitação é, também, dependente de um arco reflexo sacral intacto. Ao mesmo tempo, mulheres com lesões que envolvem os centros sacros apresentam maior habilidade para a excitação sexual de origem psicogênica. Além disto, em mulheres com lesão acima de T11, atribui-se a perda da sensação ao trato espinotalâmico e a perda da vasocongestão genital por dano ao trato retículoespinal (FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; SIPSKI et al, 2005; MATZAROGLOUA et al, 2005).

O orgasmo é definido pela maioria dos estudiosos como uma função reflexa sacral que pode ser aumentada ou inibida pela inervação supra-espinhal e acompanhada por percepção sensorial, mas ainda requer mais estudos para maiores esclarecimentos. Os estudos sobre orgasmo são vários e divergem: uns relatam que mulheres com injúria incompleta têm mais probabilidade de obter orgasmo do que as com injúria completa; outros não encontram relação com o nível neurológico nem grau da ASIA, e é consenso da maioria que o arco reflexo sacral intacto é necessário para vivenciar orgasmo devido estimulação genital direta, o que pode gerá-lo como uma resposta reflexa do sistema nervoso autônomo, o que perdura, mesmo após uma lesão completa. Após a lesão medular as sensações físicas mais comumente relatadas para a caracterização do orgasmo são o formigamento e os espasmos.

Acredita-se, também, que o nervo vago possa ser um componente sensorial do orgasmo, pois já foi visto que o núcleo do tracto solitário da medula oblonga, do qual se projeta o nervo vago é ativado durante o orgasmo. Entretanto, sabe-se, na prática, que mulheres com lesões cervicais têm menor possibilidade de conseguir orgasmo que outras com níveis torácicos e lombossacros, o que é contraditório (FERREIRO-VELASCO, et al, 2005; ANDERSON, et al, 2007; FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; SALONIA et al, 2004).

Embora hoje já se saiba de tudo isto, muitas mulheres com lesão medular e arco reflexo sacral intacto podem ter um potencial armazenado de obter orgasmo e passam por um

sofrimento não relacionado diretamente à neurofisiologia do orgasmo (SIPSKI et al, 2005). Várias facilidades/dificuldades podem ser explicadas pelo suporte familiar envolvido. Uma satisfação geral com a vida, experiências satisfatórias anteriores, estreitamento emocional, interesse mútuo e boa vontade são considerados importantes incentivos para os aspectos psicológicos da sexualidade (MATZAROGLOUA et al, 2005).

As alterações nos fatores físicos decorrentes de uma lesão medular podem influenciar negativamente não só a atividade sexual da mulher, mas toda a sua vida social. São eles: incontinência urinária e intestinal, espasticidade, dificuldade de lubrificação vaginal, disreflexia autonômica e dificuldade de posicionamento. O controle destes problemas contribui positivamente para a melhoria da qualidade de vida, tanto do aspecto sexual, como social (FORSYTHE; HORSEWELL, 2006).

Incontinência vesical e/ou intestinal durante a atividade sexual tem um impacto significativo para mulheres, o qual impede tentativas de atividade sexual com o parceiro. É possível que o medo da incontinência possa contribuir para entraves psicológicos na excitação. Devido ao posicionamento da anatomia feminina, com a vagina próxima à bexiga e ao reto, é inevitável que o coito vaginal estimule o intestino e bexiga, e a ausência de controle voluntário de tais esfíncteres gera o risco de incontinência, o que é angustiante, diminui a espontaneidade, e influencia negativamente a auto-imagem. Certamente, precauções podem ser tomadas, tais como esvaziar a bexiga e o intestino, mas, nem sempre são suficientes para prevenir incontinência. Os métodos levam em consideração fatores como nível, grau da lesão, hábitos anteriores e medicações. Para o esvaziamento vesical, a cateterização intermitente é o método mais comumente utilizado e, geralmente, promove um bom controle sem maiores riscos. Para promover a evacuação a estimulação ânus-reto é largamente utilizada, podendo estar associada a laxantes e/ou supositórios (ANDERSON et al, 2007; FORSYTHE, HORSEWELL, 2006).

A **espasticidade** é definida por Teive, Zonta & Kumagai (1998) como o aumento, velocidade dependente, do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. Quando manifestada de forma severa, pode interferir de forma profunda e negativa na qualidade de vida do paciente. O manejo envolve medicamentos orais, injetáveis e até, intratecais. No homem, estes medicamentos podem apresentar efeitos negativos reversíveis sobre a ejaculação e ereção. Porém, na mulher não há investigações profundas sobre seus efeitos na habilidade de obter orgasmo (FORSYTHE; HORSEWELL, 2006).

A dificuldade de lubrificação vaginal tem uma solução simples, podendo ser resolvida com o uso de lubrificantes à base de água. Porém mulheres que não apresentam percepção sensorial da área genital não estão cientes da verdadeira extensão deste problema (FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; FERREIRO-VELASCO et al, 2005).

A **disreflexia autonômica** (DRA) é um fenômeno que ocorre primariamente em indivíduos com lesão acima do nível T6 e é uma resposta neurológica a estímulos nocivos abaixo do nível da lesão caracterizada por severa hipertensão, dor de cabeça pulsátil, calafrios, tremores, ansiedade e sensação de desorientação. É gerada pela ausência de inibição simpática com conseqüente hiperatividade. Pacientes que vivem uma situação de DRA durante o ato sexual, geralmente, descontinuam a atividade sexual. Não se sabe se as mulheres são mais susceptíveis a desenvolver episódios severos de DRA em resposta à estimulação sexual, ou se simplesmente elas percebem melhor o seu corpo, mas este evento é mais citado por mulheres que homens. Esta dúvida precisa ser esclarecida por pesquisas mais profundas e, infelizmente, esta condição não pode ser farmacologicamente evitada (FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; ANDERSON et al, 2007).

Em relação à dificuldade de posicionamento prevêm-se soluções simples como utilizar posições que exijam um menor esforço e respeitem as limitações físico-funcionais decorrentes da lesão (FERREIRO-VELASCO et al, 2005).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, Anderson et al (2007) identificaram como principal razão das mulheres em manterem atividade sexual após a lesão, a necessidade de intimidade, e como segunda razão, manter o parceiro. A maioria das mulheres entrevistadas relatou que a lesão medular tinha alterado sua percepção sexual de si mesma o que dificultava a excitação. Mesmo assim acreditavam que melhorando sua função sexual poderiam melhorar sua qualidade de vida. Outro fato bastante interessante foi que muitas mulheres relataram que haviam desenvolvido novas áreas de excitação acima do nível de sua lesão. Isto é sugestivo de neuroplasticidade e de emprego de estratégias de adaptação para intensificar a excitação e a resposta sexual, o que reforça que o intercuro não é sinônimo único de atividade sexual, mas apenas um componente. Ferreiro-Velasco et al (2005) também afirmam que uma mulher com lesão medular pode aprender a explorar e investigar possibilidades eróticas em outras partes do corpo e entender a sexualidade num sentido mais amplo.

De um modo geral, a reabilitação sexual não tem sido o interesse primário no processo de reabilitação para a mulher com lesão medular. Mas isto, entretanto, não impede o

aconselhamento, pois a informação é a chave para que a mulher entenda as conseqüências de sua lesão. Mulheres com mais conhecimento têm maior possibilidade de conseguir satisfação na vida sexual pós-lesão. A equipe deve estar preparada para abordagem à paciente quando esta a solicitar e tiver consciência da importância da reabilitação sexual. Com o seguimento do processo de reabilitação, as mulheres necessitam de atendimentos mais individualizados, focados em problemas específicos. Não há como predizer quais fatores estarão envolvidos na orientação, pois estes aspectos, como vimos, são determinados culturalmente e individualmente, sofrendo influência de acontecimentos anteriores e, também, dos vários aspectos da injúria. As orientações são necessárias, também, ao companheiro da mulher com lesão medular e auxiliam a dirimir dúvidas, medos e preocupações e na construção de uma imagem corporal saudável como ser sexual (FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; FERREIRO-VELASCO et al, 2005; FOOTE, 2002).

Sobre a repercussão da lesão medular sobre o relacionamento conjugal, Lima (2005), realizou um estudo na capital brasileira, onde comprovou que as alterações na função e/ou relação sexual foram citadas como um dos principais estressores no relacionamento conjugal, uma vez que a relação sexual foi citada como um dos fatores mais importantes para a manutenção do casamento. A autora acrescenta, ainda, que esta dificuldade é maior logo após a lesão, podendo englobar os dois primeiros anos, fase em que ocorre a adaptação da pessoa com lesão medular e dos que convivem com ela à nova condição física.

Neste contexto de adaptação, mulheres mais independentes em seu auto-cuidado têm mostrado mais possibilidade de ajustamento na vida sexual com sucesso. Dificuldades prévias persistem e tendem a se exacerbar após a lesão. Outros fatores que também influenciam são o nível de atividade social, profissional e aceitação da incapacidade. Mais uma vez, a educação e a cultura têm papel fundamental neste processo, pois numa relação aberta onde fique claro que mulheres com deficiência são, também, sexualmente desejáveis, são reforçados fatores importantes como a auto-estima e auto-imagem. E mesmo após a lesão medular, as mulheres consideram a atividade sexual como fator importante para sua qualidade de vida (FORSYTHE, HORSEWELL, 2006; FERREIRO-VELASCO et al, 2005; ANDERSON et al, 2007).

Como vemos, o corpo não responde apenas biologicamente de forma rígida e totalmente prevista. As pessoas reagem diferentemente aos mesmos estímulos e/ou estressores, de acordo com o significado que aquilo assume para sua vida e suas relações. A

linguagem, como já discutimos, tem um papel muito importante nesta significatização das coisas pelo sujeito.

Assim, percebemos que toda a composição emocional pode repercutir ainda mais sobre uma disfunção orgânica e interferir na qualidade de vida. Isto enfatiza a importância da reabilitação o mais precoce possível, de acordo com os interesses do paciente, com o objetivo de dirimir mitos e tabus.

No processo de reabilitação, o enfermeiro tem papel fundamental, também pelo fato de ser o profissional que permanece mais tempo com o paciente. Este recebe do enfermeiro os cuidados os quais considera necessários para que a partir daquele momento a vida seja vivida com melhor qualidade. Porém, há que se discutir que cuidado é esse e como ele tem sido exercido.

2.4 CONSTRUINDO O CONCEITO DE CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

É um desafio, a partir de tantas perspectivas e conceitos de cuidado, escolher um caminho a trilhar sobre o cuidado de enfermagem. Principalmente, quando o mesmo está circunscrito pela clínica. Entender que cuidado é esse e, essencialmente, do que trata esta clínica, é fundamental para contextualizar nossas idéias acerca deste tema.

As terminologias são muitas: cuidar, receber cuidado, produzir cuidado ou manifestar cuidado. BACKES et al (2006) realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar as concepções teóricas de cuidado expressas nas teses de doutorado de um Programa de Pós-Graduação do sul do Brasil e identificaram seis concepções de cuidado, os quais apresentamos resumidamente:

- **cuidado em saúde/doença**: compreende a estrutura de um sistema complexo, que vai além do cuidado linear. Em constante movimento, mantendo, produzindo acontecimentos, componentes e indivíduos, de acordo com as necessidades levantadas, normalizadas ou não, ou de solicitações diversas, mas ligadas a diversas situações do viver social. Este cuidado caracteriza-se também pelas ações da equipe de saúde na medida em que objetivam prevenir, minimizar ou eliminar os problemas dos pacientes, ao considerar as crenças e valores do outro.

- **cuidado como processo interativo:** estabelece-se a partir de uma relação de envolvimento e empatia entre cuidadores e seres cuidados, cujas atitudes trocam, interagem e modificam suas crenças, valores e culturas.

- **cuidado em um sistema de cuidados:** “o cuidado enquanto sistema ultrapassa a lógica prioritária do fazer enfermagem e abarca um processo interativo, dinâmico, solidário e criativo” (BACKES et al, 2006, p. 75). Compreende aspectos como autonomia, individualidade, relações e atitudes profissionais, entre as quais aquelas relativas às práticas do enfermeiro.

- **cuidado de si:** parte do princípio de que “para demonstrar interesse ao outro é preciso que eu tenha interesse para comigo mesmo” (BACKES et al, 2006, p. 75). A partir do momento em que a pessoa desperta para o auto-conhecimento e para o saber cuidar de si, ela terá condições de reconhecer potencialidades e fraquezas do outro e isso influenciará positivamente o cuidado.

- **cuidado domiciliar:** realizado no domicílio, como diz sua própria denominação, é “uma das maneiras pelas quais os profissionais podem cuidar tanto em situações de promoção e prevenção como no apoio e na terapêutica de doenças” (BACKES et al, 2006, p. 75). Exige do profissional que seja habilidoso no planejamento, encaminhamento, decisão, iniciativa, interatividade, e também seja social e eticamente comprometido com o ser humano.

- **cuidado familiar:** “a família é apresentada como unidade de cuidado e é a partir dela, que são delineadas e supridas as necessidades de cuidado e, alcançados os objetivos para o bem-estar de seus membros” (BACKES et al, 2006, p. 77).

Deste modo, antes de tudo, faz-se necessário conhecer um pouco de como tem se dado na prática de enfermagem e o que tem sido considerado pelos enfermeiros como cuidado. Principalmente, porque, como nos lembram Oriá, Moraes e Victor (2004), o mundo de hoje, cada vez mais sintonizado na era da globalização, exige profissionais mais qualificados tecnologicamente e capazes de se adaptar e responder às mudanças econômicas e sociais. Assim, a capacidade tecnológica assume status superior às interações humanas.

Sabe-se que, como todos os outros conceitos que as pessoas constroem, o de cuidado, também está influenciado pela cultura, crenças e valores de cada sociedade em cada momento histórico. Deste modo, consideramos importante acompanhar a construção do conceito de cuidado de enfermagem ao longo da história.

Dias e Motta (2004) nos contam que por volta do século XII, o cuidado aos doentes era exercido por mulheres religiosas, que renunciavam ao mundo para se dedicar a

Deus. Esse modelo de cuidado religioso permaneceu na Idade Média e não era visto como um trabalho a ser remunerado, mas como uma missão para que não tinha preço e que seria recompensada em outro mundo (KRUSE, 2006).

Porém, a Igreja católica influenciou este modelo ao se apropriar do poder de discernir entre o bem e o mal e rompeu a unidade entre corpo e espírito. A partir de então, o corpo foi considerado fonte de impureza, fornicação e malefício, enquanto o cuidado com o espírito era supremo. Deste modo iniciou-se uma medicina subordinada ao clero até o surgimento da clínica. Deste momento em diante a relação entre o bem e o mal foi modificada e cabia ao médico identificar e extirpar o mal que causava a doença. O pobre, considerado perigoso por sua maior susceptibilidade às doenças e a transmiti-las, e não o doente, era o foco das atividades no hospital, que era um lugar de exclusão social. O médico participava da cura ao intervir no momento da crise, não tinha experiência hospitalar (COELHO, FONSECA, 2005).

Foucault (2004) nos apresenta a “escrita e o segredo”, ou seja, o compartilhar do saber médico com um grupo privilegiado, como um marco histórico da clínica médica. “Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina” (FOUCAULT, 2004, p. 58). A medicina era aprendida ao lado do leito do doente, observando-se suas reações e sensibilidades ao tratamento instituído. O conhecimento era transmitido de pai para filho.

Até meados do século XVIII o hospital e a medicina eram independentes. Entretanto, para atender aos interesses da sociedade capitalista em formação, a saúde foi institucionalizada. Os cuidados empíricos foram substituídos pelos cuidados científicos ou médicos a fim de curar os corpos para que retornassem ao trabalho produtivo (COELHO, FONSECA, 2005).

Assim, com a necessidade de transmitir o saber sobre a clínica, foram criadas as escolas e cursos de prática clínica. Deixou de ser uma experiência em si mesma para ser o resultado de uma experiência anterior para uso dos outros. Deixou-se de descobrir pelo olhar para duplicar a arte de demonstrar. Os alunos chegavam a fazer diários sobre o diagnóstico, estado do doente a cada visita e os medicamentos tomados durante o dia. A clínica, neste momento histórico, “visa à aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa, agrupa toda a experiência em torno dos jogos de um desvelamento verbal que nada mais é do que sua simples forma de transmissão, teatralmente retardada” (FOUCAULT, 2004, p. 67). O

conhecimento era passado por meio de protocolos com rigoroso registro e sem desvio de linguagem.

Em meio a todo esse contexto, do final do séc. XVII até a metade do séc. XIX, ocorreu o período decadente da enfermagem. As mulheres que atuavam como enfermeiras no cenário de exclusão hospitalar eram analfabetas e consideradas imorais. A atividade de enfermagem foi formalizada e instituída por Florence Nightingale, que contribuiu para a construção do conhecimento da enfermagem moderna, baseada nas práticas profissionais de enfermagem e médicas do século XVIII (DIAS, MOTTA, 2004).

Florence Nightingale nasceu em Florença em 1820 e vinha de uma rica e aristocrática família inglesa. Interessava-se em conhecer sobre políticas, pessoas e instituições de caridade. Aos 24 anos quis atuar nos hospitais ingleses. Porém foi proibida pela mãe, uma vez que os cuidadores eram compostos em menor número por mulheres religiosas e em maior número por pessoas sem educação e sem moral. Era uma mulher perseverante e não enxergava no casamento a possibilidade para se realizar. Assim sendo, aos 31 anos estagiou em uma instituição para formação de enfermeiras diaconisas cuja reputação era conhecida pela moralidade e elevados idéias de seus fundadores. Após viajar pela Europa visitando hospitais e casas de doentes publicou estudos comparativos entre tais instituições e teve o desejo de fundar uma escola de Enfermagem (KRUSE, 2006).

Florence comparava o cuidado de enfermagem a uma obra de arte, pois ambos necessitavam de toda dedicação do profissional. Mas o grande mérito de Florence foi institucionalizar a enfermagem como profissão ao fazer os cuidadores daquela época perceberem a importância dos rituais que já seguiam como prática profissional (VIEIRA, ALVES, KAMADA, 2007; KRUSE, 2006).

Ela teve importante participação no cuidado aos doentes da guerra da Criméia, em 1854. Ali iniciou seu trabalho com as novas bases da enfermagem ao se preocupar com questões que não eram muito pensadas antes, como a alimentação adequada dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre doentes e feridos, a higiene dos pacientes, sua privacidade e lazer, ao mesmo tempo em que cuidava da economia e custos, divisão do trabalho e supervisão do hospital. Preocupou-se também com os registros estatísticos, os quais revelaram que suas medidas incorreram numa significativa queda da mortalidade dos soldados ingleses. Assim foi nomeada Superintendente de Enfermagem do Exército (KRUSE, 2006).

Ela documentou extensamente os problemas que enfrentou e a solução para os mesmos. Deste modo, elaborou, após a guerra, um grande plano de reformas que foi estudado e implementado por uma Comissão Real de Saúde do Exército e seus estudos influenciaram a administração médica hospitalar. Os métodos de Florence foram implementados em Londres e Paris, a fim de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população dos potenciais trabalhadores sobre os quais se interessava o crescente capitalismo. Em 09 de julho de 1860, Florence realizou seu desejo de fundar uma escola para enfermeiras, junto ao Hospital St. Thomas, em Londres. Só recebia moças com educação e elevada posição social. Os internatos garantiam que as moças permanecessem educadas além de garantir a disciplina e moral necessárias. Neste momento, a prática médica e de enfermagem, institucionalizadas como profissão, se encontraram no hospital, e a chamada “Enfermagem Moderna” nasceu dentro da instituição hospitalar, como adjuvante da prática médica (KRUSE, 2006).

As idéias de Florence sobre a enfermagem serviram de base para outros estudiosos, principalmente as enfermeiras norte-americanas, no final dos anos sessenta e na década de setenta do século passado, lançarem suas teorias como a do cuidado, das necessidades humanas básicas, da relação interpessoal, do alcance dos objetivos, da enfermagem transcultural, transpessoal, do ser humano unitário, da adaptação, dos sistemas de saúde, do ser humano-existência-saúde e da enfermagem humanística (VIEIRA, ALVES, KAMADA, 2007).

Kruse (2006) faz toda uma retrospectiva e nos conta que, no Brasil, como em toda a América Latina, no início do século XX, devido à urbanização das cidades e conseqüente aumento da complexidade da estrutura sócio-econômica do país, o governo se viu forçado a instituir medidas que evitassem a transmissão de doenças, as quais poderiam afetar a população produtiva e prejudicar a economia. Deste modo, foi implantado um modelo sanitarista centralizado com forte influência da estrutura norte-americana (KRUSE, 2006).

Foi criado em 1923 um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e junto a ele uma escola chamada Escola de Enfermeiras do DNSP, que em 1926 passou a chamar-se Escola Anna Nery e posteriormente Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta escola seguiu os moldes do sistema inglês proposto por Florence, inclusive ao recrutar somente moças com prestígio social importante (KRUSE, 2006).

Também no Brasil, chegaram as teorias de enfermagem. Estas chegaram como parte de um processo para reconhecimento da enfermagem como uma ciência com um corpo

de conhecimentos próprios, campos de atuação e métodos de trabalho específicos. Ao mesmo tempo, Kruse (2006) contradiz outros autores da área ao afirmar que, também no Brasil, a enfermagem surgiu como profissão institucionalizada no hospital.

Dias e Motta (2004) acrescentam que a partir do século XX as técnicas de enfermagem se intensificaram e instrumentalizaram o cuidado de enfermagem. Em grande parte das instituições de saúde, este cuidado acontece em meio a aparelhos e dependência da tecnologia. Assim, com o avanço da tecnologia a prática do cuidado passou a ter a doença, técnicas, habilidade e destreza do profissional como foco central e o modelo preditor do cuidado, o biologicista, guiado pelo paradigma positivista. A doença é avaliada de maneira reducionista como sendo a manifestação física de danos aos órgãos, somente. O corpo é visto apenas como biológico, esquece-se o ser humano a ser cuidado, sua história de vida e multidimensionalidade (NASCIMENTO, TRENTINI, 2004; COELHO, FONSECA, 2005).

Não só a enfermagem, mas a grande parte das profissões da área da saúde construiu sua história dependente da hierarquia hospitalar e do paradigma mecanicista, ligado ao modo de produção capitalista. A intervenção é mais valorizada quanto mais técnica e submetida a rotinas, rigidez e normatizações. O cuidado se torna impessoal e restrito ao cumprimento de tarefas. O ser humano é objeto do cuidado e assistência (GOMES; ERDMANN, 2005; BUENO, QUEIROZ, 2006). É preciso curar os corpos para que eles voltem ao trabalho.

Por outro lado, para a pessoa que necessita do cuidado hospitalar, este ambiente é desconhecido e cercado de ansiedade e medo. A internação hospitalar é um momento no qual se espera ser submetido à realização de procedimentos, muitas vezes invasivos, e no qual os profissionais se comunicam com linguagem técnica e rebuscada, de difícil compreensão e considerado, muitas vezes, desumanizado (ORÍÁ, MORAES, VICTOR, 2004).

É estranho falar em humanização do cuidado quando este é realizado por seres humanos a outros seres humanos. Porém, ultimamente a enfermagem tem se voltado para si mesma e analisado seu modo de cuidar. Disto resulta um desejo de resgatar a autonomia em relação à tecnologia, utilizando-a quando necessário, mas não sendo escrava dela. Voltar seu olhar para o ser que necessita do cuidado, enxergando-o como uma pessoa com história social, cultura, família, anseios, dúvidas, necessidades afetivas, enfim, olhando cada ser humano como único e não padronizável. A partir desta perspectiva, retomamos o conceito de clínica apresentado por Foucault (2004), na qual cada sujeito é valorizado particularmente.

O cuidado de enfermagem, sob esta óptica, não ignora as emoções, pois para cada sujeito, como já discutimos na introdução deste trabalho, há um significado pautado em suas experiências vividas. Neste sentido o cuidado assume uma dimensão sensível pois “implica em um encontro entre pessoas – aquela que cuida e aquela que participa do cuidado – em que pese a dotação da espécie humana com órgãos de sentido e emoção” (FERREIRA, 2006, p. 328).

Neste contexto, o ser humano é visto como um sujeito que interage com o seu ambiente e as pessoas que o rodeiam, que os transforma, na medida em que é transformado por eles. Ele participa ativamente dos planejamentos de ações de saúde, pois seus objetivos são também objetivos do enfermeiro. E cada planejamento é individualizado, pois para cada pessoa há uma definição do que lhe é mais importante, uma vez que cada um tem uma história de vida e perspectivas diferentes para o futuro. O ser humano não é um mero objeto do cuidado.

A linguagem assume, mais uma vez, importante papel no desenvolvimento deste modo de cuidar. Para considerar o ser cuidado como alguém com emoções, identidade e saber próprios é necessário conhecê-lo. Para conhecê-lo é necessário escutá-lo (PRADO, REIBNITZ, GELBCKE, 2006; GOMES; ERDMANN, 2005).

Oriá, Moraes e Victor (2004) consideram a comunicação como um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem. Uma maneira de suavizar a relação de poder do relacionamento enfermeiro-cliente, na medida em que é um momento para demonstrar atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos. Esta pode se dar, também, de maneira não-verbal, por meio de gestos, postura, expressão facial, entre outros. Devido ao grande universo de significados individuais, o diálogo e a assertividade são armas importantes para evitar que a comunicação seja um entrave no relacionamento interpessoal e possa comprometer o cuidado.

O significado do cuidado, também para o enfermeiro, está permeado por suas experiências de vida e conhecimento adquirido ao longo da mesma. Assim, é importante que o enfermeiro se conheça e se escute como ser humano. É preciso antes de tudo que ele se volte para si e entenda como se cuidar. Mas neste momento não estamos nos referindo ao seu auto-cuidado com o corpo e questões de higiene, por exemplo. Referimo-nos ao conceito do ‘cuidado de si’, abordado por Foucault (2006b).

O autor utiliza o exemplo grego para nos apresentar dois diferentes conceitos, mas que são confundidos atualmente: *gnôthi seautón* – “o conhece-te a ti mesmo” e *epiméleia*

heautoû – “o cuidado de si”. Mas este fato é explicado pelo fato de que, no pensamento filosófico, o conhece-te a ti mesmo aparece subordinado e formulado a partir do cuidado de si.

O cuidado de si é definido como

[...] uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência. (...) é realmente o quadro, o solo, o fundamento a partir do qual se justifica o imperativo do ‘conhece-te a ti mesmo’. (FOUCAULT, 2006b, p. 11.)

É antes de tudo uma atitude filosófica para consigo, com os outros e com o mundo a partir da qual o homem deve ocupar-se consigo mesmo. O homem precisa estar atento ao que se pensa, nas ações exercidas pelas quais se assume transformar. Não se trata, portanto, de egoísmo, mas de uma forma de ser e de refletir sua própria subjetividade.

Ainda com as idéias de Foucault (2006b), acrescentamos que o se conhecer citado aqui não se trata da forma consciente e cartesiana de ser. Vai além disso. É um modo de acesso à verdade de cada um, à alma de cada sujeito. Mas não a alma espiritual, a alma como essência de cada ser humano, que se vale do corpo e do princípio do saber e do conhecimento de si mesmo por si mesmo, do elemento divino que lhe transforma.

Bub et al (2006, p. 154) nos afirmam que, resumidamente, o “cuidado de si mesmo supõe uma relação particular com a verdade e com o saber, mas também com a ação”. Lunardi et al (2004, p. 934) complementam estas idéias ao dizer que “cuidar de si significa, antes de tudo, não ser escravo: dos outros, dos que nos governam, como de nós próprios, das nossas próprias paixões”.

Quem cuida de si mesmo, a partir deste conceito, está em condições de reconhecer no outro um ser ativo, conhecedor da sua verdade e que é capaz de participar de sua própria vida. Nesta perspectiva, o sujeito do cuidado perde o status passivo e passa a ser conhecedor da sua verdade. Neste contexto não cabe um cuidado de enfermagem altruísta no qual o enfermeiro é absoluto detentor do saber e da verdade e o sujeito inerte, à mercê dos seus cuidados.

Concordamos com o conceito de cuidar apresentado por Prado, Reibnitz e Gelbcke, (2006),

Cuidar traduz uma ação de tratar alguém, atender alguém, sendo o recebedor do cuidado, um ser humano também incompleto, inconcluso, que tem diferentes dimensões, as quais serão cuidadas, quer física, psicológica ou espiritualmente. O cuidar envolve trabalho, responsabilidade, conhecimento, reconhecimento do outro, interação, abertura de espaços para uma relação dialógica, para a

interdisciplinaridade e intersetorialidade. (PRADO, REIBNITZ, GELBCKE, 2006, p. 297-98).

Deste modo, o cuidado não está reduzido a técnicas e execuções de procedimentos, é também, uma forma de ser, de agir e se relacionar. Isto requer uma atitude ética que considere não somente as chamadas necessidades humanas básicas, mas também o respeito ao ser com uma história de vida.

Inserido na equipe de reabilitação, o enfermeiro atua em múltiplas interfaces do cuidado, pois além de relação com o paciente, interage com todos os demais profissionais da equipe interdisciplinar sendo um dos articuladores deste processo. Para as ações de reabilitação, o eixo central da ação terapêutica deverá considerar a importância da construção de projetos de vida, significativos para cada pessoa. A família não pode ser esquecida, pois como tal, é parte importante da história de cada pessoa (GOMES; ERDMANN, 2005; BARBOSA, SILVA, 2007).

Deste modo, o cuidado clínico que queremos exercer não considera a saúde como apenas ausência de doença (OMS, 1979). Uma mulher com lesão medular não é potencialmente uma mulher doente pelo fato de ter a lesão. É uma pessoa que sofreu um trauma ou alguma alteração não-traumática (infecção, por exemplo) que gerou mudança na coordenação nervosa de transmissão de impulsos nervosos entre o cérebro e o corpo. Não se trata, de modo algum, de uma doença que apaga sua história, suas paixões, seus projetos. E como nos dizem Nascimento e Trentini (2004), a pessoa saudável é aquela disposta às experiências da vida. Além do mais, a doença, como parte da vida, é uma também uma experiência pessoal, a qual pode contribuir para a pessoa se apropriar de seu corpo e de conhecimento sobre si mesma.

Este cuidado está inserido em todas as nuances de promover o conhecimento do 'cuidado de si', mas não aquele apenas de necessidades humanas básicas, e sim voltado para o que é a verdade de cada um, o seu bem-viver, o que fazer para si mesmo, seu modo de ser e, conseqüentemente, de se relacionar com si mesmo e com os outros (FOUCAULT, 2006b). Dias e Motta (2004) resumem de modo interessante que o equilíbrio entre a ciência, o cuidado do outro e o cuidado do eu é o cuidado autêntico.

Barros, Oliveira e Silva (2007, p. 816) reforçam que "é importante construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilite a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática". Neste sentido, interessou-nos as idéias de Prado, Reibnitz e Gelbcke (2006), os quais colocam a ludicidade

como um elemento capaz de estimular a imaginação e permitir a construção de significados e interpretações que servirão de impulso ao processo crítico-criativo. A ludicidade estimula a imaginação, e esta a criatividade e o pensamento crítico, que por sua vez, estimulam a autonomia e o envolvimento e desenvolvimento pessoal, social e cultural.

Referindo-se à formação profissional de enfermeiros crítico-criativos, Prado, Reibnitz e Gelbcke (2006, p. 300) afirmam que a ludicidade é importante “como uma das formas de educar para o cuidado, no sentido de abrir espaços para a reflexão crítica deste significado, se faz por meio de estratégias de ensino pautadas no lúdico”.

Esta premissa, transportando-a, também, para o cuidado à pessoa em processo de reabilitação, no qual se encontra com um mundo novo e desconhecido, apenas reforça a nossa escolha pelo referencial teórico-metodológico escolhido, a Sociopoética. Esta teoria permite pesquisar cuidando e cuidar criando.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: os caminhos escolhidos

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, caráter descritivo e desconstrutivista.

Uma pesquisa é denominada qualitativa quando estuda os fenômenos em seus cenários naturais, tentando caracterizá-los em termos dos significados que as pessoas levam aos pesquisadores. Esta metodologia foi escolhida porque as pessoas organizam e estruturam suas vidas, e, inclusive, seus cuidados com a saúde de acordo com o significado atribuído à sua prática e fatos do cotidiano. Um estudo é descritivo por coletar descrições detalhadas dos fenômenos existentes utilizando os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001; TURATO, 2005).

Bogdan e Biklen (1994) discutem alguns pontos elucidativos a respeito da abordagem qualitativa. Sobre a cientificidade de uma pesquisa, eles a atribuem ao respeito ao método e aos dados. Para o pesquisador qualitativo, o sucesso é caracterizado por boa investigação desenvolvida na técnica e teoria escolhidas, o que envolve o rigor de técnicas na pesquisa dos dados e o registro detalhado dos achados e não por conteúdos ou resultados específicos. Apesar das diferentes áreas de concentração e teorias, o objetivo maior da pesquisa qualitativa é melhor compreender o comportamento e experiências humanas, e, quem sabe, contribuir para melhorar as condições de vida de seus participantes.

O caráter desconstrutivista nesta pesquisa não deve ser entendido como algo relacionado à destruição. Aqui a desconstrução é tão somente uma linha epistemológica do conhecimento científico que considera todo conhecimento como construção humana interessada e politicamente objetivada. Assim, considera não somente as verdades impostas pela ciência, mas, também, a verdade de cada sujeito em seu contexto histórico e cultural específico. Conseqüentemente, a perspectiva desconstrucionista almeja novos níveis de consciência crítica, tanto por parte dos participantes, como do pesquisador, reforçando os novos paradigmas do conceito de promoção da saúde (SILVA; RAMOS, 2001).

Desta forma, este tipo de abordagem possui características marcantes: 1) respeita as diferenças nas relações com o outro; 2) busca crescente envolvimento dos participantes no processo de pesquisa; 3) encoraja os múltiplos significados na leitura de um texto, ao tempo

em que considera nossas diferentes vivências afetando a significação da leitura de um texto 4) considera a pesquisa um espaço importante para o cuidado, principalmente, para ações que favoreçam uma crescente qualidade de vida em sociedade; 5) a pesquisa deve estar a serviço da felicidade humana, rompendo as barreiras das discriminações, sejam elas quais forem (SILVA; RAMOS, 2001).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação Sarah – Fortaleza, uma unidade da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação. A Rede SARA é gerida pela Associação das Pioneiras Sociais (APS) - entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem fins lucrativos.

A APS, criada pela Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991, tem como objetivo devolver o imposto pago através de assistência médica qualificada e gratuita aos cidadãos, formando e qualificando profissionais de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia. O caráter autônomo da gestão desse serviço público de saúde faz da Associação a primeira Instituição pública não-estatal brasileira.

O SARA-Fortaleza, inaugurado em setembro de 2001, dedica-se especificamente à neuro-reabilitação de crianças e adultos, contando com atendimento ambulatorial e unidades de internação.

O Programa de Reabilitação do Lesado Medular é desenvolvido por uma equipe interdisciplinar composta de enfermeiros, médicos, terapeutas funcionais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, pedagogos, professores de educação física, farmacêuticos, entre outros. A equipe, a família e o paciente somam esforços para atingir a reabilitação do paciente.

As atividades realizadas são de caráter físico, educativo e de apoio. São utilizados, durante o processo de reabilitação, os mais diversos espaços físicos da instituição, como enfermarias, área externa, ginásio, piscinas, entre outros.

O enfermeiro tem um importante papel na assistência prestada ao paciente em reabilitação, desde sua admissão ambulatorial até a alta hospitalar e comunga, com toda a equipe, do objetivo de prestar assistência individualizada e de qualidade.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são mulheres adultas (maiores de 18 anos) com diagnóstico de seqüela de lesão medular traumática, do tipo paraplegia. Para fins de delimitação, foram solicitadas a participar desta pesquisa mulheres que tenham recebido atendimento no Centro de Reabilitação Sarah – Fortaleza nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2007. Compuseram o grupo-pesquisador as mulheres que preencheram os seguintes critérios de inclusão: 1) mais de 01 ano de lesão, por já terem passado pela fase aguda de choque medular; 2) residentes em Fortaleza, pela facilidade de deslocamento; 3) com disponibilidade de participar da mesma.

Foi realizado o primeiro contato, por telefone, com todas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão, com o convite para participação na oficina de negociação. Nesta oficina, foi apresentada e exposta às participantes a pesquisa e o que é a sociopoética. Informamos que o trabalho é uma pesquisa para obtenção do título de mestre e a nossa proposta de convidá-las para formar o grupo-pesquisador e construirmos coletivamente um saber acerca do tema gerador “SEXUALIDADE”. Foi composto um grupo com oito mulheres.

3.4 BASES TEÓRICAS DA SOCIOPOÉTICA

Foi utilizado como referencial teórico-metodológico a Sociopoética, abordagem que me foi apresentada por minha orientadora em nossas conversas iniciais. Agradou-me muito o fato de ser um método ligado à arte e criatividade devido minha afinidade pelas artes plásticas. E mais ainda o fato de ser uma forma de pesquisar onde o sujeito do estudo participa ativamente da construção do conhecimento da pesquisa e esta retorna a ele sob a forma de socialização do conhecimento. O próprio autor da fala diz ao pesquisador se o que ele interpretou está de acordo com sua verdade, o que confere à Sociopoética um caráter de valorização individual do sujeito. Desta forma, pesquisador se aproxima de co-pesquisadores e fazem-lhes, naturalmente, se sentirem co-reponsáveis pela pesquisa e valorizados em sua participação.

A Sociopoética foi criada pelo filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier a partir de sua experiência vivida no movimento sindical de luta dos Kanak, povo indígena das

Ilhas Kanaky, no Pacífico, na luta pela independência contra o colonialismo francês. No Brasil, tem sido desenvolvida nas áreas de enfermagem, educação, psicologia e sociologia (PETIT et al, 2005; SANTOS, 2005).

É uma prática social, educativa, de pesquisa e de cuidar que considera o ser humano como ser político e social e apresenta duas características essenciais: a utilização de métodos poéticos, ligados à arte e à criatividade e a conseqüente produção de uma poesia crítica (SANTANA; SANTOS, 2005).

Na maioria das vezes, o pesquisador produz o sentido de sua pesquisa final escrita a partir da participação (falas, escritos, entre outros) dos co-pesquisadores. Ele fala no lugar do sujeito interpretando o sentido de sua fala. A Sociopoética vai mais além, promove a construção coletiva do conhecimento por meio da ação dialógica entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa, buscando a integração na ação do cuidar, pois considera que ninguém melhor que o sujeito da fala pode lhe dar sentido (NEVES, ZAGONEL, 2006; GAUTHIER, 2004).

Esta abordagem é, antes de tudo, um método, um caminhar cujo corpo é constituído pelo **grupo-pesquisador**. Este dispositivo analítico leva em consideração as vivências e culturas do ser humano e é o **primeiro princípio da Sociopoética**. Este grupo é responsável pelo desenvolvimento do processo de pesquisa. Os conhecimentos presentes no grupo interagem e fazem emergir novas figuras. Assim, os sujeitos da pesquisa são co-responsáveis pelo conhecimento produzido. No campo do cuidar, este princípio é expresso no compartilhar do cliente com a equipe interdisciplinar os seus saberes sobre cuidar de si (SANTOS, OLIVEIRA, CASTRO, 2006; PETIT et al, 2005; SANTOS, 2005; GAUTHIER, 2004). Este princípio transportado à reabilitação traduz-se na valorização da equipe ao conhecimento próprio do cliente em relação ao seu auto-cuidado e estratégias já desenvolvidas para sua reabilitação e na soma de esforços para sua melhor qualidade de vida.

O **segundo princípio** da Sociopoética diz respeito à **valorização das culturas dominadas e de resistência na produção e leitura dos dados**. Neste princípio, pode-se considerar como cultura dominada a do cliente em relação ao profissional de saúde numa relação em que o primeiro só aceita o conhecimento científico do segundo, e este esquece que o cliente é um ser cultural e tem seus valores, visões, crenças e experiências pessoais. Respeitando estes princípios, o profissional de saúde sai do patamar de único dono do saber e aprende, com o grupo, alternativas de cuidar e ao mesmo tempo as pessoas compartilham conhecimento com o objetivo de melhor cuidarem de si e dos outros (SANTOS, 2005;

GAUTHIER, 2004). Refere-se à equipe respeitando as crenças e valores que o cliente atribui às suas experiência de vida.

O terceiro princípio é considerar o corpo todo como fonte de conhecimento e não apenas a razão. O corpo age integrado com o espírito e todas as formas de pensar. Ou seja, da interação cotidiana e exposição às características humanas das pessoas surgem experiências de vida que se manifestam nas relações humanas através das mais diversas formas como sensações, emoções, sensualidade, gestos, entre outras formas de expressão. Seguir este princípio, nada mais é que tratar o ser humano com humanidade, sensibilidade e solidariedade, o que é essencial para a prática de saúde com qualidade (SANTOS, 2005; SANTANA, SANTOS, 2005; GAUTHIER, 2004). É a equipe interdisciplinar valorizando as pessoas em seu aspecto mais humano, seus sentimentos, aflições, dificuldades de enfrentamento em relação à doença, qual seja, agindo como facilitadores neste processo.

Favorecer, pelo uso de técnicas artísticas, a emergência de saberes constitui o **quarto princípio** da Sociopoética. Este princípio utiliza o uso de recursos artísticos na produção de dados, o que coloca o grupo-pesquisador numa posição geradora, estimulando a criatividade e favorecendo a expressão de emoções e sentimentos de forma espontânea e talvez mais abrangente do que responder a uma pergunta. A expressão desta sensibilidade aproxima o profissional do cliente favorecendo o crescimento e a realização mútua de pesquisador e co-pesquisadores. O pesquisador/educador/cuidador tem o papel de facilitar a auto-organização do pensamento grupal em relações de dialogicidade contribuindo para a transformação poética das pessoas, o que gera conceitos de cientificidade, de educação e cuidar mais humanos (PETIT et al, 2005; SANTOS, 2005; GAUTHIER, 2004). Traduz-se na equipe interdisciplinar se aproximando de forma sensível de seu cliente, ajudando-o a expressar suas emoções e sentimentos de forma criativa, ao mesmo tempo em que o profissional reabilitador assume papel de educador e cuidador ao ajudar o cliente a organizar seu pensamento de forma dialógica a enfatizar os objetivos de sua reabilitação.

O **quinto** e último **princípio**, porém, não menos importante, é **a interrogação, pelo grupo-pesquisador, do sentido político, ético e espiritual**, ou seja, humano, **do processo de pesquisa desenvolvido e das formas de socialização da mesma**. Gauthier (2004) afirma que a Sociopoética pretende atender a essa exigência, pela análise do pensamento do grupo-pesquisador como se o grupo fosse um filósofo só, criador de conceitos e o pesquisador o facilitador da pesquisa. O sentido espiritual e humano na pesquisa são afirmações do compromisso ético do pesquisador com a pesquisa e com as pessoas nela

envolvidas. Faz-se necessário lembrar o significado de "Sociopoética", referente a *socius* de raiz latina, "quem compartilha o mesmo pão" e do grego *poiesis* de "criação", e em relação à prática de saúde, pode-se dizer que educar, cuidar e pesquisar dependem da aceitação e envolvimento das pessoas (cuidadores e cuidados) nesta atividade (SANTOS, OLIVEIRA, CASTRO, 2006; PETIT, et al, 2005; SANTANA, SANTOS, 2005; SANTOS, 2005). Uma pesquisa beneficia a comunidade por formas diretas e/ou indiretas, e a socialização da produção do conhecimento compartilhado é uma das formas diretas de retorno do sentido da pesquisa aos colaboradores da mesma. É "contaminar" as pessoas com as idéias comuns do grupo de que a reabilitação é possível e desejada envolvendo as outras pessoas para a comunhão deste pensamento.

Santos (2005) caracteriza a Sociopoética como um método essencial para a prática de enfermagem, na medida em que proporciona uma interação entre cliente e profissional indispensável ao cuidar, por partir do pressuposto de que todas as pessoas possuem saberes. Promove, assim, a dialogicidade no cuidar e estimula em seu cliente um desejo de saber sobre seu viver e conviver no mundo almejando bem-estar. Procura revelar o que não está óbvio, o que está escondido, mas que é indispensável à compreensão e ao cuidado.

A enfermagem é uma profissão que visa o cuidar e a Sociopoética permite pesquisar-cuidando, uma vez que promove o saber como uma construção coletiva entre o pesquisador e o grupo. Nesse caso, o saber não é exclusivo do pesquisador, que o repassa ao grupo, mas assume significado para todos os sujeitos da pesquisa, na medida em que representa as vozes, sentimentos e percepções de pessoas, de uma forma que pode ser entendida (SANTANA, SANTOS, 2005).

O enfermeiro visa sobretudo o cuidado à saúde. Não se pode pensar na saúde do ser humano sem pensá-lo como o ser político e social defendido pela Sociopoética, pois os aspectos físicos, mentais e sociais são diretamente influenciados pelo ambiente, condições materiais de vida, seus ideais de liberdade, questões sociais gerais, economia do lugar em que vive, situação de emprego, troca de experiências e subjetividade humana, entre outras (SANTOS et al, 2002).

Nesta perspectiva, o trabalho realizado pela enfermagem é desenvolvido com arte (criatividade, estética), ética (respeito, compreensão) e ciência (conhecimento, pesquisa) produzindo bem-estar, o qual é direito fundamental do ser humano (SANTOS et al, 2002).

Portanto, esta abordagem da pessoa como um ser político, ético, moral e social - a Sociopoética – tem seu lugar na prática de enfermagem, pois considera o cliente, também,

como co-responsável pela promoção do almejado bem-estar, assim como também é de fundamental importância a participação e construção conjunta do conhecimento com o cliente que tem lesão medular em busca de sua reabilitação social, política e de seu bem-viver além dos limites/muros dos centros de reabilitação.

3.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA: o método do grupo-pesquisador

Em um primeiro momento, foi realizada uma pesquisa junto ao Setor de Controle de Qualidade da instituição para identificar as mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão, perfazendo um total de trinta e três mulheres.

O método da Sociopoética se realiza por meio de quatro etapas, as quais descreveremos a seguir, apontando também como cada uma dessas fases ocorreu em nossa pesquisa. A seguir, apresentamos as etapas do método da sociopoética, explicando como desenvolvemos em nossa pesquisa cada uma dessas fases.

a) Oficina de negociação

O primeiro momento é a **oficina de negociação** e formação do **grupo-pesquisador**. Nesta oficina, o pesquisador apresenta sua proposta de produção de conhecimento aos possíveis sujeitos de sua pesquisa e apresenta o que é a sociopoética. Informamos que o trabalho é uma pesquisa para obtenção do título de mestre e que a nossa proposta era a de convidá-las para formar o grupo-pesquisador e construirmos coletivamente um saber acerca do tema gerador “SEXUALIDADE”. Foi explicado ao grupo que esta atividade difere daquela realizada nos grupos de orientações e não se trata de aulas e/ou palestras acerca do tema. Inicialmente, foram convidadas 17 mulheres para esta oficina, obtendo-se a confirmação de 12 delas. A data de sua realização foi 03 de abril de 2008.

Este nosso primeiro encontro gerou certa angústia para esta pesquisadora, pois boa parte das convidadas se atrasou e algumas das que chegaram primeiro tinham hora marcada para sair. Assim, tivemos cerca de 40 minutos com o grupo completo. A sinalização das pacientes de que o tempo era escasso nos gerou certa inibição e angústia. Por isso, não houve um aquecimento inicial sobre o tema. Foram apresentados os pontos propostos e solicitado que elas expusessem suas opiniões.

Embora tenhamos deixado claro que o tema do encontro se tratava de uma pesquisa acerca da sexualidade, as pacientes todas elaboraram seus discursos manifestando

sua gratidão à instituição no que diz respeito ao atendimento e processo de reabilitação. Embora fugindo ao tema, não interrompemos as falas das mesmas e deixamos que elas falassem livremente.

Algumas mulheres, ainda nesta oficina apresentaram vários motivos para não comparecer aos encontros seguintes: dificuldades de transporte, mudança de cidade, desinteresse pelo tema, coincidência com horário de trabalho, entre outros. Das doze, seis se comprometeram a dar seguimento à pesquisa. Porém, no final daquela tarde, eu e o psicólogo saímos de lá com o sentimento de que algo não teria ido tão bem quanto o pensado antes.

De fato, nas confirmações para a semana seguinte, somente duas mulheres realmente firmaram o compromisso de comparecer. Assim, marcamos uma nova oficina de negociação com mais mulheres, sendo que seis se interessaram em comparecer para o dia 17 de abril de 2008.

Nesta sim, foi possível, com um intervalo de tempo mais confortável inserir uma técnica que favorecesse a aproximação com o tema. Utilizamos a HISTÓRIA DO NOME. O grupo se dividiu em duplas as quais deveriam compartilhar entre si a história da origem de seus nomes. Foi uma tarde agradável, bem diferente daquela angústia inicial da semana anterior. Ao final deste momento, oito mulheres se dispuseram a fazer parte do grupo-pesquisador. Nesta mesma data, iniciamos a segunda etapa do processo.

b) Oficinas de produção de dados

Este segundo momento é constituído pelas **oficinas de produção dos dados**. Falamos em “produção de dados” e, não, em “coleta de dados”, pois partimos do princípio de que o real está em constante produção, não existindo um mundo já dado, no qual podemos coletar (SILVEIRA, 2004). A produção se deu com a realização de oficinas nas quais utilizamos técnicas artísticas para favorecer a produção de conhecimento acerca do tema gerador. Cada oficina de produção foi composta de dois momentos. No primeiro, realizamos uma atividade de relaxamento objetivando concentrar o grupo na questão da pesquisa. Em seguida demos início à produção dos dados propriamente dita por meio de técnicas como pintura, desenho, colagem, entre outras. As técnicas serão especificadas nos capítulos seguintes, pertinentes a cada oficina.

Após a produção coletiva do dia, cada co-pesquisadora apresentou verbalmente sua produção, discorrendo sobre ela e correlacionando-a com o tema da pesquisa: a sexualidade. Estas falas foram gravadas em dispositivo de gravação digital do tipo MP3 player. Foram necessárias duas oficinas de produção de dados.

c) Análise dos dados

O terceiro momento com o grupo-pesquisador é a **oficina de análise-experimentação dos dados**. Neste momento também a participação do grupo-pesquisador é a chave do processo, pois é ele quem inicia a análise dos dados, comentando-os. Foi realizada uma oficina de análise, onde o material plástico e as falas transcritas foram entregues para o grupo-pesquisador para que elas pudessem discutir todo o material produzido. Nesta fase, espera-se que o grupo traga à tona os elementos que os constituem, tudo aquilo que foi capturando ao longo da sua vida e que agora possa ser utilizado como referencial de análise. Segundo Gauthier (1999), os facilitadores participam discretamente deste momento, sensíveis à fala do grupo. Tudo que o grupo-pesquisador produzir nesse momento de análise será registrado por meio de gravações e também constará no relatório de pesquisa, ao lado das análises do pesquisador oficial.

A análise realizada pelo pesquisador oficial se apresenta da seguinte forma. Terminada a oficina de análise do grupo, o pesquisador oficial, de posse de todo o material produzido, realiza suas próprias análises de acordo com a proposta do método da sociopoética. A análise da produção plástica do grupo é feita separadamente, pois se trata de um tipo de expressão bastante diferente da oral ou escrita. Conforme orienta Silveira (2004), é importante que a análise deste material ocorra. A análise das produções plásticas busca compreender o que é expresso por meio dos materiais confeccionados durante as oficinas pelo grupo-pesquisador, mas que não está dito tão claramente nas falas dos sujeitos. São discutidos os elementos, formas, texturas e disposições destes elementos em cada produção, fazendo uma correlação com o tema.

No segundo momento, analisa-se a produção verbal do grupo procurando multiplicar ao máximo as possibilidades de produção de sentido. As técnicas de análise do material verbal propostas pela sociopoética são: análise classificatória, estudos transversal e filosófico.

Na **análise classificatória**, tomam-se as transcrições das falas do grupo e classifica-se este material de acordo com categorias temáticas extraídas da própria fala do grupo. Organizam-se as falas em quadros, agrupando aquelas que possuam afinidade semântica, construindo as categorias. Depois disso, observa-se, em cada uma delas, as falas que convergiram, as que divergiram, as oposições, ambigüidades e os paradoxos presentes. Após esta separação por categoria temática, parti-se para a análise transversal.

No estudo transversal elaborase um texto mais fluido onde, procura-se ligar o material dividido na análise classificatória, identificam-se as passagens, fluxos e relações entre esses dados, procurando ligar aquilo que a categorização separou e identificar as sutilezas dos pensamentos expressos.

Por fim, tem-se o estudo filosófico que pretende buscar os “confetos” produzidos pelo grupo para correlacioná-lo ao pensamento filosófico/científico convencional, estabelecendo uma comunicação que nos permita perceber suas convergências, complementaridades ou oposições. O termo “confeto” foi criado por Gauthier (2004) para referir-se aos conceitos produzidos pelo grupo-pesquisador os quais se distinguem do que seria óbvio e esperado no contexto, por dar-se na composição de um plano de consistência onde conceitos e afetos se misturam configurando a realidade de novos saberes.

d) Oficina de contra-análise

O quarto momento é a **oficina de contra-análise dos dados**. Nesta fase da pesquisa o pesquisador apresenta as análises que realizou ao grupo-pesquisador para que este possa avaliá-las, aceitando-as, alterando-as ou rejeitando-as e propondo a sua contra-análise. Acontece um movimento dialógico de alianças ou bifurcação de sentidos, pois os conflitos nem sempre encontram soluções e a divergência também é considerada produtiva. Foi realizada uma oficina com este objetivo, descrita em capítulo específico.

e) Socialização da produção

Por fim, ocorre o momento de **socialização da pesquisa**. Para finalizar a pesquisa, o facilitador não somente oficializa o término da mesma e publica seu trabalho, mas discute com o grupo uma proposta de socialização do conhecimento produzido que envolva também o grupo-pesquisador. Pode ser uma peça de teatro, uma poesia, música, exposição da produção plástica, entre outras. O grupo é que decide como se dá este momento, que tem como objetivo a elaboração de um produto final de pesquisa por parte do grupo. Esta passagem é, sobretudo, um compromisso ético-político com as pessoas que assumiram e co-participaram da pesquisa.

Por toda esta dinâmica, acreditamos que, embora não haja garantias que as mulheres que participaram deste grupo realmente desenvolveram uma maior autonomia nas relações que permeiam sua qualidade de vida, o grupo foi um espaço que ofereceu momentos de reflexão no que diz respeito à sua participação ativa em seu processo de reabilitação, para além dos limites do centro de reabilitação. Estamos cientes de que há toda uma gama de fatores externos que influenciam todo este processo continuamente, mas acreditamos, também, que lançar uma semente neste campo poderá favorecer o despertar da consciência

para a importância desta autonomia.

Em nosso estudo, essa fase está em elaboração. O grupo dialogou e achou que a melhor forma deste momento ocorrer seria organizar uma tarde, na qual elas possam convidar outras mulheres que vivenciam a lesão medular para um grande diálogo. Ainda estamos em discussão de como será a melhor forma para que isso aconteça.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação à ética normativa na pesquisa, preocupamo-nos em assegurar a observação dos princípios éticos descritos na resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e asseguram o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa (autonomia); compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e relevância social da pesquisa (justiça e equidade). Todos os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre as questões que envolvem a pesquisa através de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1) conforme preconiza a mesma resolução, sendo assegurada a sua participação na mesma por anonimato. O projeto foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa da Rede SARAÍ de Hospitais de Reabilitação e registrado sob o número 224/07 (ANEXO A).

4 PRIMEIRA OFICINA DE PRODUÇÃO DE DADOS: construindo um corpo coletivo – uma mulher com duas cabeças

Esta oficina ocorreu, como já mencionado, em 17 de abril de 2008. Utilizamos uma técnica desenvolvida por Silveira (2004) e Gomes (2007) na qual foi fornecido ao grupo materiais variados (tinta, lápis de cor e de cera, areia colorida, canudos, folhas secas, papel crepom, cartolina branca, tesouras, revistas e jornais) e solicitado que elas “construíssem”, cada uma, a parte de seu corpo que elas considerassem mais relacionada à sua sexualidade. Foi dado o tempo de, aproximadamente, trinta minutos para que o grupo realizasse esta proposta. Ao término, cada co-pesquisadora apresentou verbalmente sua produção, discorrendo sobre ela e correlacionando-a com o tema da pesquisa: a sexualidade.

Após a produção individual foi solicitado que o grupo construísse, a partir dos pedaços de corpos expostos, um único corpo, com vida e história³. Em seguida, cada co-pesquisadora comentou sua produção compondo o corpo da produção oral. Nos tópicos seguintes apresentamos a análise desse material.

4.1 CATEGORIZAÇÃO DO CORPO COLETIVO

As falas do grupo foram transcritas e organizadas em tabelas conforme a categorização de sentido das mesmas. Enxergamos cinco categorias: 1 - Sentidos atribuídos ao sexo e à sexualidade; 2 – Relações afetivas antes da lesão medular; 3 – Relações afetivas com o parceiro após a lesão medular; 4 - Sentidos relacionados à maternidade e 5 – Sentidos atribuídos às relações com o corpo. Respeitando o anonimato, todos os nomes apresentados nas falas dos sujeitos foram substituídos, ao longo de todo este trabalho.

1 – Sentidos atribuídos ao sexo e à sexualidade
1. (...) e essa coisa de sexualidade, de sexo em si mesmo, esse relacionamento, essa energia eu canalizei para um trabalho que a gente realizava muito que é um trabalho assistencial que a gente dá continuidade, então, a minha vida é trabalhar numa creche, numa favela aqui do Lagamar, e me dedicar muito a isso que isso me preenche e me gratifica, então eu tenho um

³ A produção plástica dessa oficina será apresentada no capítulo específico para análise da produção plástica.

vislumbre do lado assim propriamente espiritual do que propriamente material, do sexo, do físico, entendeu? Eu consegui, eu acho que esse sexo, ele transcendeu, ele espiritualizou-se de uma forma tão boa, tão gostosa, tão plena, que eu não sinto falta do físico, do material, eu não sei se eu me faço entender, mas eu me sinto muito assim.

2. [Sobre o coração] Esse amor... Aqui eu quis mostrar a terra, eu quis mostrar aqui a terra não é... E foi nossa vivência muito de mato, de praia, como ela é, né? [se referindo à Julieta], a gente fez muito amor na praia. [O sexo] É muito ligado assim à natureza.

3. (...) que às vezes eu ia com o namorado, com o marido, era banho de rio, banho de chuva, banho de mar, então, fiz muito amor no mar, e banho de cachoeira, é porque não tinha aqui, mas inclusive com esse meu marido que morreu, que atirou em mim, a gente tomou muitos banhos de cachoeira na serra fazendo amor. Tudo isso aqui eu acho que faz parte de uma sensualidade, mais sensualidade do que sexualidade, aí junta, né?

4. E eu acho assim que eu consegui aqui expressar mais ou menos sintetizando assim o que eu penso do amor, da vida. Eu não sou contra casamento, de maneira nenhuma. Muito pelo contrário, eu sempre incentivei meus filhos a casar. Mas a minha filha também teve um bloqueio porque ela também teve 3 noivos pra poder casar com o terceiro. Acho que isso, muito embora, eu sempre dizia pra ela, você não vai ter mãe toda vida. Um dia você vai ter que enfrentar a vida só e é melhor você enfrentar com uma pessoa. Agora saiba escolher, eu não soube escolher. Mas você sabe escolher, você pode escolher e engraçado que ela realmente, ela tem 5 anos de casada e ela tem um casamento ótimo. Eu tenho um genro maravilhoso.

5. E é assim, graças a Deus... (isso é prova que existe amor sem ter sexo – Isolda) Pode sim, pode acreditar, porque eu e meu maridão, nós tem amor e um amor grande, eu e meu maridão. (...) O amor, conserva a pele.

6. e uma coisa que sempre me chamou atenção o meu pensar, como eu falei no início, é que o amor e o sexo tá ligado ao sentimento, né? E o símbolo do amor e do sentimento em qualquer área que a gente estude é o coração. E eu fiz aqui um coração, é pequenininho assim, mas o meu é bem grande, e aí tá partido ao meio assim, porque pra mim assim, sou eu, a minha parte e o outro, né? Significa compartilhar e significa também que é sentimento e que é igual à beleza.

7. Aqui eu procurei, e esse coração que nos une ao espaço que eu coloquei aqui azul e com essas estrelas, né? E essa relação muito de que realmente quem ama jamais se separa, eu acredito fielmente nisso. Eu acho que o amor ele transcende a tudo, à matéria, a tudo.

8. (...) então eu vivo assim [sem sexo], mas eu não tenho tristeza por isso, eu procuro ser uma pessoa mais alegre e participativa da vida, tentei levar minha vida sozinha em casa mesmo e eu me sinto uma pessoa muito feliz até porque eu tenho o meu Deus que me ajudou e tudo e me deu muita sabedoria pra eu superar todas as minhas dificuldades.

9. Eu acho que o sexo também está relacionado à família, amor, amizade, e vida também, né? Eu botei aqui amor, família, amizade e vida. Eu acho que tá relacionado, tudo relacionado, né? Ao sexo mesmo. É isso que eu acho, porque se não estiver tudo desse conjunto, não tem, não rola sexo, não rola nada, né? Se não tiver amizade, se não tiver o amor, porque eu também acho que sexo só pode rolar se for com amor.

10. Tem muita menina novinha que o negócio dela, sair com o menino, né? Ficar e já rola sexo, não tem amor, é só sexo, sexo, sexo, eu não acho isso certo, apesar de eu não ter também, sabido escolher a pessoa certa pra mim, né? Rolou o sexo porque eu amava ele, né? Foi com ele que eu perdi a virgindade, foi com ele que eu tive dois filhos.

11. Ta aqui meu desenho para vocês ver. Na verdade, eu escrevi mais do que desenhei. E para mim, assim, sexualidade é uma pirâmide. Tem que começar assim, com muitas coisas assim mesmo, ter, né? Paz de espírito mesmo, respeito, né? Mútuo, né? Compreensão, carinho, respeito, tranquilidade, pra poder ocorrer mesmo, né? De fato, e de verdade mesmo a sexualidade. Acredito que nossa sexualidade tá no cérebro, né?

12. Acho que a sexualidade vem mesmo assim de dentro mesmo da gente. Mexe muito com a cabeça, né? Porque tem gente por aí com as pernas boas mesmo que não tem uma vida a dois, né? Tranquila, né? E como eu botei aqui no meu cartazinho: sexualidade não é tudo, mas algo importante para a vida a dois, um alimento que acalma os nervos, alegre, e aumenta nossa auto-estima.

13. [Sobre os corações] Ah, porque tem que ter muito amor, né? Porque eu acredito que nós não somos máquinas, né? E a gente precisar estar bem consigo mesmo, a gente que estar também com coração limpo, sem guardar mágoa daquela pessoa, e tudo, porque sexo, nós não somo cachorros, né? Pra fazer sexo de qualquer jeito, então a gente tem que estar bem, né? Evoluída espiritualmente, e deixar rolar, né?

2 e 3 convergem ao associar sexualidade e natureza. Entretanto 03 ressalta que isso está mais relacionado à sensualidade.

4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 convergem ao associar o sexo ao amor e ao sentimento. Entretanto, o discurso de 4 é paradoxal na medida em que diz que não é contra casamento, mas que é preciso muita escolha. Para 5, no entanto, há possibilidade de amor sem sexo.

11 e 12 associam a sexualidade à mente (cérebro, cabeça).

1 e 8 associam o sexo a alguma forma de sublimação (voltando o interesse para o trabalho, no caso da primeira e para Deus e a alegria de viver, na segunda).

2 – Relações afetivas antes da lesão medular

1. O segundo [marido], esse que atirou em mim, durante 14 anos, ele foi um marido excelente, por incrível que pareça! Quando eu digo isso até as pessoas dizem, talvez tenha sido até o fato de eu perdoar, eu acho até porque o que eu acho que ele fez de bom pra mim em vista desse tiro que ele me deu e também porque eu tenho uma espiritualidade muito assim, avançada, o povo diz pra mim: ‘como é que tu consegue perdoar uma pessoa que fez isso contigo? Matou tua mãe, matou teus dois tios’, e perdoei, perdoei, perdoei, perdoei, mesmo e talvez até se ele tivesse vivo eu conseguisse olhar pra ele e dizer: “Eu perdoei”. Principalmente porque eu sei que no caso dele foi um surto de loucura, na hora que ele teve presente pra fazer isso eu já vi que ele não era mais a mesma pessoa.

2. (...) e pra mim foi muito difícil porque o meu casamento na realidade sempre foi uma furada, e eu, na época, era a época que eu mais sofria, a época quando eu tava de resguardo, quando eu tava amamentando, era a época assim que eu sofria muito. E eu não sei, até acho que eu deveria, na época [da separação] eu deveria ter feito alguma terapia, algum tratamento com relação a isso, ao casamento. Eu tive pessoas maravilhosas que passaram pela minha vida, quando, né? Quando eu separei, eu tinha 31 anos, era muito jovem e tudo, e sempre tive muito medo de casar, ainda hoje, né? Eu queria falar só um pouquinho em relação ao que ela falou, em relação ao casamento, embora eu também não tive um casamento feliz, embora a minha idéia era casar, eu casei aos 24 anos, virgem, queria que desse certo pro resto da vida, minha idéia era envelhecer, duas cadeiras de balanço, eu e ele, queria que fosse pra sempre, eu o amava muito. Eu penso que, eu acredito também que ele me amava, não da mesma maneira, de uma outra maneira, ele me amava e às outras mulheres do mundo todo, também (risos de todas) e eu, né?

3. Eu acredito que eu sou um pouco diferentes das outras, acredito até que de todas vocês, porque está com 16 anos, né? Que meu marido partiu juntamente com a filha, né? E de lá pra cá eu continuo muito ligada. Eu me surpreendi semana passada quando de um plano de saúde queriam saber a minha condição atual, né? Como é que eu me, como é que eu era, né? E eu fiquei muito, assim, eu não gostei de dizer que eu sou viúva porque eu não me sinto viúva. Eu

achei uma palavra muito pesada, muito pesada pra mim. Eu não, eu não me ligo, eu não ligo, eu não vejo uma distância muito grande, eu não vivo fixada nele nem nada, mas ele foi aquele amor pleno, completo, que eu sinto que ele continua e como eu coloquei aqui assim na terra como espaço, porque eu realmente acredito que quem ama com tanta intensidade, tanta entrega, tanto carinho, como foi a minha relação com ele, né? Nós tivemos, eu acredito que Deus estava nos abençoando por antecipação, né? O pouco tempo que a gente ia ter, porque foi tudo muito maravilhoso enquanto durou e que essa lembrança, esse amor, esse carinho, ele permanece. Não que eu viva ligada, pensando nele, mas eu não me sinto distante, eu sinto que realmente quem ama jamais se separa e também esse amor permanece.

4. Eu sou caso pra estudo viu? Como pediram pra desenhar uma coisa sobre o que eu pensava sobre sexualidade, eu fiquei sem saber, porque realmente eu nunca me imaginei assim, eu tenho 20 anos de separada, eu não tenho marido, ele é vivo, mas eu sou viúva de marido vivo, e é [risos], sou viúva de marido vivo.... Eu passei 16 anos casada. Eu não tive um bom casamento. Vocês aqui falaram cada uma do seu. Eu tive um péssimo casamento. Não quero nem me aprofundar muito nisso, não, mas deixa eu, só eu concluir aqui. Então, aí, assim, como faz 20 anos que eu sou separada, eu com 8 dias de casada eu chorei arrependida, por aí você, conclui o resto e eu não tenho, mas assim, eu não perdi o amor pela vida, não, de jeito nenhum eu tenho certeza que eu não sou uma pessoa amargurada, eu gosto de viver...

5. Mas também é que nem minha mãe disse, eu não soube escolher, foi por causa dele que eu to de cadeira de roda, por causa que bebia, botava boneco, usava droga, botava boneco no meio da rua e aí no dia em que o cara foi matar ele, eu tava junto, e levei tiro também, né? Levei um tiro nas costas e fiquei, né? Paraplégica, já ele, teve três tiro e está aí, bom, já está é com outra família, depois que eu separei dele, já faz 2 anos, já tá outra mulher, já tá com outra menina, outra menina, outra filhinha, né? Eu tenho uma filha dele, de 2 anos, pois é, foi isso, né?

1 e 3 convergem ao falar que seus casamentos foram experiências muito boas. Entretanto, o discurso de 1 é paradoxal, na medida em que cita seu ex-marido como causador de sua lesão. 2,4 e 5 convergem ao falar que sua experiência de relacionamentos antes da lesão medular foi negativa e algumas vezes, infeliz.

3 – Relações afetivas com o parceiro após a lesão medular

1. Ele me recusou. Me recusou e tudo mais. Eu também me envergonhei dele, eu não tinha coragem, aí também eu enjoei. Não queria mais nada com ele, não deixava nem ele sentar na

minha cama, mas porque ele era muito injusto comigo, sabe? Muito injusto, porque ele nunca foi um bom marido. Assim, foi um bom dono de casa, mas bom marido, não. E agora nós somos bons amigos, moramos juntos. (...) E chorava muito, porque com minha depressão eu chorava demais, porque eu não aceitava o que ele fazia, porque ele era muito farrista, e então eu rezei muito, pedi muito a Deus pra mim deixar de gostar, pra mim sofrer menos, né? Me libertar. Ah, e como Deus foi bom, me libertei. (...) Hoje a gente vive como amigo, eu saio pra onde eu quero e ele sai pra onde ele quer, mas eu tive muita depressão. Eu botei aqui, né? Tirei aqui, quis botar aqui, né? O recorte, mais falando mais só de mim, porque depois do acidente, né? Acabou marido, não tenho o que dizer, quer dizer que eu me casei muito nova, também, e então, 39 anos de casada, e 11 de acidente, então depois do acidente não houve mais nada.

2. (...) a sua dificuldade [referindo-se à co-pesquisadora 8], depois que aconteceu comigo, né? O tiro, eu não tive mais nenhum parceiro, não tive relacionamento nenhum com homem, com ninguém, nada. Talvez até porque eu esteja na menopausa, a gente perde mesmo o interesse assim. Eu tenho é abuso de homem.

3. Eu sou muito egoísta, eu perco, mas eu não divido, eu digo muito isso pro *George*, né? Que ele é um homem muito bonito, e ainda umas pessoas que paqueram com ele, aí eu disse pra ele que se algum dia aparecer uma outra pessoa, né? Que ele se interesse por ela, que ele me avise e a gente. Mas que eu não divido, eu não divido homem, como também eu não me divido. Vou completar 48 anos, o *George* tem 61. E eu moro na minha casa e ele mora na casa dele. Maravilhoso! Não tem coisa melhor, e ontem de noite, ele falando: “Eu tava pensando em casa, esses dias que eu tava doente, assim, se a gente fosse casado era melhor de cuidar de você”. Me dá um negócio, me sufoca, me sobe por aqui. Então, eu acho também, casamento muito bom pros outros, mas eu quero continuar namorando, é muito bom namorar, então eu.... E agora, né? Atualmente, né? Na minha nova vida, quando eu conheci o *George*, que ele se propôs que a gente começasse a namorar, aquela coisa toda, e nós namoramos seis meses pra poder chegar, né? A alguma intimidade maior, então foi, com as conversas e tudo, com beijinho, um dia a gente tava na área de casa, namorando, um dia de sábado, e ele pela primeira vez, né? Me tocou, tocou meus seios e eu depois de sete anos que eu tava sem vida ativa, sexual, eu percebi que estava completamente viva e foi maravilhoso e até hoje está sendo [palmas]. (...) ele estando lá em casa eu não posso pedir nem um copo d’água a ninguém, tem que ser ele pra fazer tudo por mim, e é isso...

4. Eu sempre tive aquela coisa, como eu vou dizer... [sorri e se esconde atrás de seu desenho].

Eu sempre mandei nos homens na minha vida (risos), sempre fui muito autoritária, muito dona da situação, então pela primeira vez eu fiquei a mercê de um homem e como eu temia, né? Como *Anita* mesmo falou, a gente é muito gente e temos nossas dificuldades, foi uma coisa que não foi fácil pra mim, aceitar, aos 42 anos, depois de sete, de sete de lesada uma pessoa na minha vida.

5. (...) mas agora tá aqui como é que eu era. Olhe, sexo, amor, é bom demais. Mas de 11 anos pra cá, eu não sei se ainda é bom demais (risos). Aí aqui, eu queria ser, né? Queria que voltasse tudo de novo. (...) Pode ser que eu ainda encontre uma pessoa que... um *George* na vida [referindo-se ao namorado de *Garbo*], que eu possa saber, pra mim poder.. Que a próxima reunião, quem sabe, eu possa dizer se o sexo ainda é bom? Aí, é, é isso, né?

6. E é o seguinte, eu falei ali pra ela que ela falou, ela falou que o amor tá por cima de tudo, eu falei pra ela que é uma verdade, você sabe por que eu falei isso, pelo seguinte, eu to com sete anos dessa minha, desse meu acidente. Comecei, sem andar, passei 1

ano e 5 meses em cima duma cama, eu vim pra cá foi em 81⁴, que eu vim pra cá. Mas eu não pude ficar porque eu tinha uma escara aí voltei. Quando foi em 2002 eu vim no começo do ano. Eu vim, fiquei aqui (no centro de reabilitação), fiquei na cadeira de rodas. Hoje eu tenho sete dessa minha lesão e durante esse tempo todinho que eu tenho essa minha lesão, eu vivo com meu marido, eu tenho um maridão porreta. Mas nós não temos sexo, eu não tenho relação com ele, e não sinto uma falta. É como se fosse uma coisa normal, e ele me ama demais... E eu não sinto um pinga de vontade. Eu sinto uma dor tão grande, que só falta é morrer, por isso que eu não Vou fazer 45 anos, agora dia 16 de novembro. Eu não tenho vontade, não, sabia? Meu maridão me ama, eu sei que ele me ama e eu amo ele. Porque, ó, ele tá sempre do meu lado, todo final de semana a gente viaja, então eu fiz aqui, eu sou muito sexy, mas não tenho nada, só um coração bem grande. [Sobre o desenho] As frutas estão relacionadas mais à alimentação mesmo. Pode acreditar. Meu maridão também me dá prazer assim de eu ver lindo e maravilhoso do meu lado, aonde a gente chega o pessoal vem logo interditar, vem logo parabenizar ele porque ele me trata muito bem aí a gente já faz uma nova amizade, sabe? Todo dia ele passava aqui 6h, 6 e meia da manhã, 6 h da, 6 e meia da noite eu tava sempre lá no pátio toda vida que ele passava, seu eu não tivesse lá ele parava do outro lado e ficava lá esperando até eu ir lá pra mim ver ele. Quando ele não podia vim aqui porque sempre num era toda vida porque ele era sub-gerente lá de onde trabalhava, aí não podia ta

⁴ Apesar de Juliana Paes citar o ano de 1981, na realidade, este momento aconteceu no ano de 2001.

faltando, né? Estar saindo assim, né? Para aqui acolá estar me visitando aí quando passava tinha oportunidade pra me ver lá em cima, aí as menina ‘Teu maridão tá passando, não era, não? Eu fazia questão de tomar banho 5h da manhã pra quando fosse 6h eu já estar ali no ponto pra ver ele. Ave-maria se eu não tivesse lá ele ficava preocupado, quando era assim de tarde, eu não via a hora de dar quatro hora pra ele ligar pra mim ‘o que foi minha amiga que aconteceu, que tu não tava lá, que eu não te vi hoje?’, porque às vezes tinha merenda e aí eu ia merendar quando eu me lembrava então eu pensava que ele já tinha passado e voltava.

7. Surgiram pessoas na minha vida, amigos que queriam, uma relação, uma coisa mais profunda, mas eu sempre encarei para o lado da amizade...

8. Quando, logo no começo, que eu sofri o acidente que eu via meu marido pensando, mas ele não tinha coragem de falar. Ele talvez tinha algum medo, alguma coisa assim. E a gente foi se descobrindo, graças a Deus e hoje é uma coisa natural. E minhas pernas não atrapalha, graças a Deus em nada, que até o tabu assim que eu tinha um pouco de vergonha, acabou isso. Graças a Deus, né? Porque meu marido é novo ainda e eu também sou nova. Não faço só pra agradá-lo não, porque também, sexo também tá na cabeça da gente, né? E para mim hoje, levo uma vida normal, minhas pernas não quer dizer nada. As preliminares também ajudam muito e tudo. Claro que a gente, né? Assim o principal, pode até ter que alguém que diga que, né? A questão né? Que, a penetração mesmo, meu marido até hoje, eu engano ele, ele acredita que eu sinto alguma coisa (risos). Mas não sente nada. Eu não acredito que alguém possa sentir alguma coisa assim mesmo, só que quando tá bem assim a sua mente, você consegue ter um prazer, embora você não esteja sentindo nada, entendeu? Assim, questão da penetração mesmo, mas como a sua cabeça está ligada, você consegue ter algum prazer, questão cérebro, né? Acho que tá na cabeça, né? E assim é psicológico, né?

1, 2, 5 e 7 convergem ao relatar a ausência de uma relação amorosa após a lesão medular. Para 1, isso ocorreu por recusa do marido, 2 acha que tem abuso de homem por causa da menopausa. 5 porém, queria encontrar uma pessoa e saber como é o sexo. Ao contrário de 7, que não quis uma relação após a lesão medular.

3, 4, 6 e 8 convergem ao falar da relação amorosa após a lesão medular. Sendo que 4 fala do medo da relação, de estar a mercê de outro. 3 e 9 relatam do modo como conduziram a relação sexual em sua vida após a lesão medular. 6 fala de relações de afeto sem sexo e 9 ressalta que o prazer tá na cabeça.

4 - Sentidos relacionados à maternidade

1. Tenho três filhas maravilhosas, são boas demais, que não tem! Boas filhas, muito, elas são minhas, eu tenho elas como se fosse assim, minhas. Já casaram todas 3, porque quem vai ter

filhas bonitas, né? Casam mais rápido (risos). Podiam, ser bonitas, não, mas inteligentes, né? 2. (...) e aí o trigo, né? Eu coloquei aqui porque como uma renovação da vida, também, porque aqui ao mesmo tempo em que me retratou me lembrou da minha maternidade agora eu já estou na época de viver a maternidade, as maternidades da minha nora, né? Que eu já sou avó, por duas vezes e tem sido muito bom, ela hoje foi ao médico com o <i>Bento</i> de três anos e desmamou, colocou na chuquinha e eu me vi com a <i>Letícia</i>, né? De 1 mês, aqui no meu braço e eu dando, o leite pra ela, e engraçado que o <i>George</i> tava fazendo a unha com a manicure e ela empurrando assim que só mama e não queria chuquinha e ele brincou ... Então, aqui é a renovação da vida, a continuidade, a nossa vida sempre ta continuando e é maravilhosa. 3. (...) pra mim, na maternidade, assim, como mãe, eu peguei essa gravura aqui, essa moça amamentando para mim era a coisa assim, sagrada e mais difícil porque tinha que estar muito disponível, na hora que a criança chora você tem que largar o que está fazendo e se tranquilizar e a gente sabe que tem que estar bem emocionalmente pra que o leite saia, flua, tem que passar aquela tranquilidade pra criança. 4. (...) eu tenho 2 filhos e me dediquei à minha família, a meus filhos e pronto, entendeu? E tenho minha netinha, já que tem um aninho, muito linda, fofa, já tá andando pra todo canto, viu? Correndo tudo.
2 e 3 convergem por mencionarem a amamentação como símbolo da maternidade. E 3 ainda fala da amamentação como algo sagrado. 2 e 4 convergem ao falar da “vóternidade”. 1 e 4 convergem ao falar da relação com os filhos. 1 fala sobre como são boas suas filhas e 4 sobre como dedicou a vida aos filhos.

5 – Sentidos atribuídos às relações com o corpo

1. Mas graças a Deus to muito feliz, de vez em quando dá uma acidentezinho comigo [apontando para uma queimadura em região sacra causada por compressa morna], mas (risos), a gente vai vivendo né?
2. Eu tinha muito medo. Eu, eu tinha muito medo de estar fazendo amor e fazer xixi, tinha muito medo de estar fazendo amor e fazer cocô ou acontecer alguma coisa assim, né? Ele era um estranho pra mim, eu o conheci na igreja aquela coisa toda, mas uma pessoa, né? Muito especial, uma pessoa linda por dentro e por fora e eu coloquei todas essas questões, todos esses medos pra ele e ele dizia: ‘E por que que a gente não vê isso junto?’ e se acontecer a vê

como resolve e aquilo tudo, então, dependeu muito dele, foi tanto que o sexo dependeu dele, de mim acho que eu teria desistido logo assim, até mesmo por vergonha do que acontecesse, se acontecesse.

3. É natural que nesses cinco anos tenha tido algumas, não sei se tragédias, foram algumas ocasiões que constrangeram um pouco e por ele, ele procura resolver da maneira e deixar tudo como se fosse muito natural, é tanto que às vezes eu peço para ele pedir ajuda, né? Da secretária, contudo ele nem quer...

4. [Sobre o trigo que faz uma moldura na gravura da mulher que amamenta] Além de enfeitar, pra ficar mais bonitinho, né? Que eu fiz assim, com muito carinho, é uma coisa que quando eu falo, é uma das partes da minha vida que eu gosto muito de falar, é sobre isso, sobre sexo, sobre a sexualidade.

5. Mas essa parte aí da sensibilidade eu acho também que ta ligada muito é à altura da lesão. Eu acho que quanto mais baixa a lesão, mais sensibilidade você tem. Quanto mais alta mais você vai perdendo a sensibilidade, por exemplo, se uma pessoa tem uma lesão aqui (aponta para o colo) ela não tem mais sensibilidade nem nos seios, né? Já a minha é bem aqui embaixo eu sinto minha bexiga quando ela ta cheia, para fazer xixi. Eu sinto quando eu quero fazer cocô, mas as passagens eu não sinto. Eu tenho certeza que se eu fosse ter uma relação eu também não sentiria a penetração, mas eu acho que tem gente que talvez até sinta alguma coisa. Por exemplo, quando eu vou fazer o cat, se eu botar a sonda mais um pouquinho, eu sinto que já doeu, ta doendo aqui. Sabe a minha é beeem... mas já bem lá pro final eu acho que eu já sinto que eu não tenho mais sensibilidade. Eu acho que ta ligado mais é a altura das lesões. Nos homens, também, eu converso muito com os meninos, e eles dizem que quanto mais alta a lesão mais tesão eles têm e eu nem entendo. Mas eu já conversei com eles e vários que são assim mais para tetraplégico dizem que têm mais tesão de que um paraplégico, que continua o tesão por mais tempo, e eu digo então deve ser uma coisa que ninguém sabe que eu nem entendo.

6. Eu desenhei aqui, meus seios, que foi o que restou e que sempre, quando eu era jovem a parte que eu tinha mais sensibilidade era nos seios e permanece né? Não é que eu viva me apalpando, não, mas quando eu vou me enxugar e tudo, não alterou nada, apesar dos meus 54 anos é como se eu tivesse os 20. Permaneceu essa sensibilidade, na parte da sexualidade e as coisas que eu gostava muito que me deixavam assim muito excitada...

7. Eu né? Sempre considerei os seios a parte do corpo da mulher, assim, muito sagrado, pelo fato da gente amamentar, e ser capaz de manter uma vida, né? Tudo que sai ali... Eu sempre

tive meus seios muito bonitos, sempre gostei muito deles, foi uma parte assim que me chamou muito a atenção...

8. (...) e aqui é saudade, porque eu sempre fui muito vaidosa, apesar do acidente, eu passei um tempo com muita depressão, aí graças a Deus me libertei. Faço como ela, não deixo minhas vaidades.

9. Olha! Esse aqui foi o desenho que eu fiz. Aqui é eu, linda e maravilhosa, e um coração bem grande, porque eu posso ser pequenininha, mas eu tenho meu coração bem grande.

10. E aqui ao lado, umas frutinha, porque eu adoro fruta. Eu não sei por que eu tenho esse corpo, isso aqui não é... Porque eu gosto muito mais de fruta do que almoçar e jantar mesmo comida pesada, eu adoro fruta, tanto no suco como a fruta mesmo natural.

11. Eu sou vaidosa que só, botei logo um brinco aqui, porque implica em beleza, eu acho que sexo, amor, implica em beleza. E também implica vida, tem um bebezinho aqui, ó, implica vida.

12. [Sobre a cor diferente marcando os seios] É pra realçar. E a cintura também, porque eu tinha uma cintura muito sensível. Hoje em dia também já tá muito gorda, mas antes qualquer toque na minha cintura, já assim, me arrepiava, né? Eu era muito sensível nessas áreas. E ainda o que eu tenho de mais sensível é isso. A sensualidade minha tá ligada mais nessas áreas.

13. Minhas perna, pra mim, não influi, nem contribui pra isso, não empatou nem nunca na vida fez diferença pra existir uma sexualidade, na verdade.

14. E se ele faz alguma coisa isso aí também não me interessa porque ele é homem, e ele sabe muito bem como se cuidar, né? Porque se acontecer alguma coisa é com ele, já não me prejudica, vai prejudicar ele, não a mim, né? Porque ele não tem nada comigo.

1, 2, 3, 4 e 5 convergem ao falar das alterações de sensibilidade corporal após a lesão medular, entretanto 2 e 5 são mais específicas no que diz respeito à sensibilidade do ato sexual

6, 7 e 12 convergem ao relatar sobre a sensibilidade em partes específicas do corpo.

8, 9, 10, 11 e 14 convergem ao falar da vaidade e cuidado com o corpo como algo importante. Para 14, entretanto, o homem sabe mais cuidar do corpo.

13 diverge das demais ao não dar tanta importância à sensibilidade das pernas para sua vida sexual.

4.2 TRANSVERSALIZAÇÃO DO CORPO COLETIVO

Tal qual a proposta da sociopoética, agora é momento de unir o que foi separado anteriormente. Foi uma grande desafio, pois são muitas histórias densas, intensas para juntar num corpo só...

Ei-la.

A História de Quintura Vida

Foram muitos os sentidos, idéias e pensamentos ligados à sexualidade. Iniciando nosso passeio por esse universo percebemos, que o sexo transcende à tudo, inclusive à matéria. Ao construir um corpo coletivo o grupo traça uma cartografia da sexualidade. É um corpo que se chama **Quintura**, sobrenome **Vida**. Vamos a história de vida dela.

Começamos apresentando o **coração**, porque pra começar, sem coração, não tem vida. Nele, o sexo precisa estar ligado ao amor, amizade, à família, à vida. São idéias que não concordam muito com as meninas que fazem sexo casual. Sexo só com amor. O sentimento é uma coisa que está muito embutida aqui, que independe de como nós estamos, fisicamente ou não. Mas o amor, esse não precisa necessariamente de sexo. Além do sentimento, o sexo pode, também, estar ligado à natureza: banho de chuva, banho de rio, banho de mar... Esse corpo já viveu tanta coisa, que só de pensar já fica tremendo. Viveu uma história completa. Uma vida como a vida realmente é, com as suas emoções, os seus padecimentos, momentos alegres e tristes. É um corpo completo, com suas experiências, opiniões. Com muita saudade, mas também muita coragem pra falar o que sente, muita energia.

Durante sua juventude namorou demais, dançou demais, transou demais. É um corpo mesmo, de carne e osso. Depois veio o casamento. Ela lembra que é preciso ter cuidado, é preciso saber escolher. Porque no fim, mesmo com amor, as relações afetivas podem envolver um casamento do tipo “grande furada”, com viúvas de maridos vivos e trazer infelicidade... Às vezes muita infelicidade, deixando marcas em sua história; marcas visíveis como um tiro de revólver, outras invisíveis como o abandono e a solidão. Quando Quintura se lembra do casamento que teve ela se fecha pro amor, fica só no desejo. Por outro lado, se você souber escolher, seu casamento pode ser excelente, e mesmo depois de findar a matéria vocês jamais se separam. Por isso é preciso saber usar a **cabeça**, a razão.

Mas um dia, de repente, um fato novo na vida de Quintura: uma lesão medular. Daí em diante, muita coisa muda. São vários os caminhos que podem se abrir. Como fica a sexualidade? Não existe só uma resposta.

Pode haver a recusa do seu homem. Mas, também, tem o outro lado, o de recusar um, ter abuso de homem por estar na menopausa. Ou mesmo de não querer mais saber de casamento nenhum, só de namorar, porque namorar é maravilhoso. Aliás, nem precisa ter sexo para não ser triste, para ser participativa da vida, embora exista a curiosidade de saber como é o sexo depois da lesão medular.

Daí há quem diga que a sexualidade está no cérebro, dentro de cada um e que mexe com a **cabeça**, outra cabeça, a segunda, não a da razão. É isso mesmo! Quintura tem duas cabeças, porque muitas vezes pensa com a cabeça e com o coração: é assim, às vezes, a gente pensa uma coisa e faz outra, a gente pensa que vai fazer de uma maneira e faz de outra.

Mas além da cabeça o sexo também está em outras partes do corpo de Quintura. É uma sensibilidade diferente, mas presente na **cintura**, nos **seios** porque sexo sem seios não dá. E as **pernas**... ah! A ausência de sensibilidade nelas pode não ter influência nenhuma para que sua sexualidade, seu sexo continue presente e ela gosta muito de falar nesse assunto. Mas, às vezes, Quintura tem saudade de dançar de rostinho colado, seios colados... é bom demais!

Essas diferenças é que fazem o corpo ter vida. Nesses dias ela lembra que, antes da lesão medular, quando tinha relações, a sensibilidade tava muito ligada à parte da genitália, primeiro seio e depois clitóris, e só tinha orgasmos se tivesse alguma estimulação no clitóris. Chegou até a pensar que pela alteração de sensibilidade não teria mais orgasmos. Mas depois que Quintura teve a lesão medular foi que percebeu que nunca tinha olhado tanto para sua genitália, como agora. Tem que estar em tanto contato, por conta do cateterismo.

Quando fala em sexo, Quintura também se preocupa muito com o entremeio, a **bexiga**, o **intestino**... Nessas horas ela pensa que “pelo amor de Deus, lesado não era pra ter intestino, nem bexiga!” Mas eles continuam lá, embora, funcionando um pouco diferente, é verdade. Ela se lembra como aprendeu a reeducar o intestino, apesar dos imprevistos. E lembra da vez que se sujou no carro do filho, e aquilo foi a maior da tristeza da sua vida. Ou daquela outra vez em que se sujou de fezes numa noite de amor. Foi realmente uma prova de fogo, mas só assim soube que podia mesmo contar com seu amor, com seu cuidado em limpá-la e perfumá-la.

É muito bom ter um amor, um companheiro, um marido para ajudar a relaxar a sua mente, passar por cima de suas dificuldades e conseguir ter prazer. Se você não tem esse

amor, pode desejar conhecer alguém que esteja disposto a te dar esse prazer, a conhecer o seu corpo. Respeitar e compreender os medos dos “acidentezinhos” que porventura possam acontecer.

Mesmo antes da lesão ela sempre foi uma mulher que gostou muito de fazer amor e depois desse tempo percebeu que continua gostando. Mas quando está naqueles dias da menopausa, aqueles calores que sufocam, ela pensa que se tivesse homem perto dela, ela dava um murro nele, jogava ele lá pra longe, e não sente falta de sexo. Mas os calores de Quintura não são só de menopausa não. Lembra daquele fogaço que sentia na hora da relação. Às vezes conclui que aquilo vinha do cérebro até a cintura, mas não passa dali, e sente que ela realmente ela não ia sentir nada se fosse fazer alguma coisa....

Tudo isso é sexualidade e existem outras coisas que são muito mais interessantes. Quintura sabe que sexualidade não é só coito, e na realidade, sexualidade, não é só isso, a sexualidade é você ter um namoro, é você ter um parceiro do seu lado pra você ver um filme pra você discutir, pra dizer que você está bonita, é um cheiro no pescoço. Mas tem que ser com a pessoa ideal, maravilhosa. Senão fica existindo só as lembranças e tudo fica igual. Ou quem sabe, canalizar suas energias para se dedicar aos seus netos, curtir a maternidade de filhas e noras numa “vóternidade”.

Mesmo assim, ela não esquece de sua vaidade! Está ligada a tudo isso, porque continua se sentindo linda e maravilhosa. Na verdade, sua sexualidade e relações afetivas podem, até, ser bem melhores que antes da lesão medular. Quintura se sente bem, muito bem, está muito aberta, porque ama muito, adora pessoas, adora amar, adora acariciar. Ela se sente viva, continua se amando, se gostando e está aberta ao amor. Então descobriu que a lesão medular na sua vida retardou algumas coisas, mas não mudou o que na realidade ela é, pois continua sendo a mesma pessoa.

4.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO PLÁSTICA



Figura 2 - Corpo coletivo produzido pelo grupo-pesquisador.

Esta obra se apresenta com três cores predominantes: o vermelho da paixão, o azul do céu e o verde da natureza.

Isto mostra as sensações diversas que ela provoca.

Vários corpos esculpidos pela beleza. Vê-se que a vaidade está muito presente. E o mesmo seio que amamenta também aparece como sensual, destacado no corpo em vermelho de paixão.

O corpo, o desejo de homem-mulher.

Esse corpo transmite ser, antes de tudo, desejante.

Deseja família, amor, equilíbrio, beleza, vaidade e sensualidade.

5 SEGUNDA OFICINA DE PRODUÇÃO DE DADOS: produzindo com os sentidos – uma colcha de retalhos

Na segunda Oficina (24 de abril), iniciamos o relaxamento ao som da música *Braveheart*, na voz de Enya. Antes, as pesquisadoras foram vendadas, a fim de estimularmos os demais sentidos e proporcionarmos maior integração com a atividade. Solicitamos que elas se concentrassem na respiração, bem devagar, inspirando o ar pelo nariz e expirando pela boca. Que, em seguida, se imaginassem numa praia deserta, sentindo o vento e o barulho do mar. Numa grande bolha transparente que as envolvesse e as fizessem flutuar, deixando-as depois na areia e desaparecendo.

Cerca de dois minutos depois, iniciamos com a oficina propriamente dita. Ainda vendadas, oferecemos três estímulos para o tato (gelo, esponja de aço, pelúcia), olfato (orégano, canela, café) e audição (sons de chocalho, plástico bolha e caixa de fósforo). Orientamos que elas não deveriam tentar adivinhar do que se tratava e sim, imediatamente, que falassem a palavra relacionada à sexualidade e à sensação que estavam experimentando (SILVEIRA, 2004). Em seguida, fornecemos tecido e tinta para que elas iniciassem sua produção.

A metodologia de apresentação da produção individual seguiu a mesma metodologia anterior.

Posteriormente, solicitamos que elas costurassem os retalhos e produzissem uma colcha. Foi produzida uma colcha de cama de casal.

5.1 CATEGORIZAÇÃO DA COLCHA DE RETALHOS

Tal qual como no corpo coletivo, nesta segunda oficina, as falas do grupo foram transcritas e organizadas em tabelas conforme a categorização de sentido das mesmas. Elaboramos, desta vez, sete categorias: 1 – Sentidos atribuídos à pintura; 2 – Sentidos atribuídos à relação entre corpo e espaço; 3 – Enfrentamento das consequências da lesão medular; 4 – Relações da sexualidade com os sentidos sensoriais; 5 - Sentidos atribuídos à maternidade; 6 – Sentidos atribuídos às Relações afetivas e 7 – Relações com a natureza.

1 – Sentidos atribuídos à pintura

1. [Sobre as manchas perto da TV] Essas manchas aqui eu botei um tapetezinho, né? E minha cama. Eu quis botar aqui um colchão só que essas pernas aqui eu não sei, acho que eu botei as pernas da escada, né? [risos]. Aqui, nesse canto aqui eu quis desenhar uma televisão, a minha televisão.

2. Olha aqui, prestem atenção, eu estava tomando banho de mar, saí caminhando na areia, atolando meu pé naquela areia molhada e fofa. Aqui é um meninozinho, que poderia ser o meu menino, também, quando era pequeno, perto de mim. Que ele caminhava muito comigo aqui na praia, assim pequenininho. Esse homem aí, por acaso, ele tava passeando aí na praia também. E a gente saiu em direção aos morros, pra subir aos morros, e descer aos morros e se esconder, no mar, sair do mar, ir pra detrás dos morros, e sair andando naquela areia fofa. Aqui sou eu e menino pequeno, esse homem aí é desconhecido, apareceu, ele tava lá na frente andando e a gente tava andando aqui e ele tava lá na frente e a gente tava saindo do mar, caminhando na areia, pisando na areia molhada, fofa, afundando o pé, e vamos subir os morros. Aqui são uns barquinhos no mar, pedras. No mar onde eu caminhava geralmente eu observo muito as pedras, eu observo as pedras. Elas ficam ali. O mar fica batendo, eu acho bonito. Isso aqui era no Icarai.

3. [Sobre as pessoas em azul] Acho que foi por conta do aperreio do tempo, sabe? De fazer logo os bonequinhos porque depois foi que eu percebi que tinha feito tudo e não tinha colocado a principal coisa que eram as pessoas no cenário. É mesmo, foi por conta do tempo, deveria ter me feito de outra cor.

4. Esse aqui é eu e meu maridão. Esse aqui é as ondas do mar. A gente tá tomando banho de mar. Esse aqui é os dois corações que esses aqui são unidos para sempre. Eu não sei, não! Eu que digo (risos), é o meu desejo. Aqui é um trem, sabe que eu tenho a maior vontade de andar de trem?! Aí eu desenhei um trenzinho aqui. Ele não deixa! Eu tenho a maior vontade de andar de trem ó...

5. Aqui é o meu desenho que simboliza uma noite, uma noite qualquer, né? Que tem ser assim com muito amor, muita adrenalina, né? É uma noite estrelada. Tá aqui o céu estrelado, e muito amor no ar, não é?

2, 3, 4 e 5 convergem ao incluir pessoas, relação com o outro em suas pinturas.

1 diverge das demais por considerar apenas objetos inanimados.

2 – Sentidos atribuídos à relação entre corpo e espaço

1. O meu faz até vergonha mostrar porque não sei se eu fiz uma cama ou foi uma estante. Isso daqui eu tentei desenhar minha cama, é cama de solteiro. Porque não tenho marido, tem que ser solteiro. (...) Porque no caso é assim: minha casa é duplex, só que quando houve o acidente não tinha como subir, quer dizer, uma vez eu tentava, né? Com sacrifício, minha filha me subindo. Aí eu vi que aquilo não tava dando certo, né? Porque o que é que acontecia, ia acabar com as colunas, né, das meninas de tanto me levar. Aí, então, eu resolvi fazer da minha sala de jantar, meu quarto, que por sinal não tenho privacidade de nada, né? De nada, mas vou ter se Deus quiser porque eu vou construir. Eu já escapei de muita queda, sabe. Ele [referindo-se ao genro] já me acudiu de muita queda, já levei queda, fui passar pra cama e fiquei desse jeito [faz se como se estivesse caindo da cadeira e grita:] “*Tony, Tony!!!*” Aí lá vem o *Tony*, pelo amor de Deus, com a calça bem aqui [aponta para a pelve], se eu tivesse tirado a calça, ein?! Aí “Chega, *Tony!* Menino pelo outro lado”, porque minha cama tem duas saídas, né? De um lado e de outro. Me botou na cama. Eu tenho muita dó dele, viu? Aí então, o que é que eu tenho? Só essa cama, a estante, que eu não fiz a estante porque eu não sou boa de desenho, e a televisão.

2. Aqui é meu quarto, faltam umas coisinhas assim porque não deu pra colocar tudo, né? Devido à casa ser muito cheia e ter agora já os netos. Aí essa coisa toda. Então, a gente não pode se dar ao luxo de carinhos e ficar, num... E também o tempo, então a nossa, né, a nossa sexualidade acontece aqui. É um quarto muito amplo, bem grandão. Tenho bastante espaço. E aqui, esses azuis aqui, é a minha cabeça como fica no momento, né, como fico entregue, totalmente. Tem horas que se perguntar meu nome eu não digo, e acredito que ele também. Aqui [o quarto] é o meu ninho de amor. Deixa eu só concluir aqui a minha cama. Essa cama, o meu filho mais novo tem 20 anos, e eu ganhei, então, do meu falecido marido. Mudei o colchão, mudei o colchão e ela é muito linda. Que antigamente chamavam de móvel colonial, móvel de madeira, bruta, muito resistente, muito linda. E eu não me desfaço nada da minha caminha, eu já mantenho há mais de 20 anos comigo. eu lembro bem que quando eu estava no Sarah-Salvador, quando a gente começou a aprender a mudar os lençóis da cama, quando a gente tá naquele treinamento, né? AVD, atividade de vida diária, e eu sempre conversava com a psicóloga: “E aí Alaíde, quando chegar em casa?” Porque quando eu saí de casa eu tava com 1 mês e pouco e então, eu tinha deixado a minha casa e uma cama hospitalar. A gente conversava lá com as meninas e “não, quando eu chegar eu vou continuar com a cama hospitalar, aí eu vou colocar um bicho igual a esse, ah, não sei o quê, não sei o quê”, e eu dizia pra todo mundo, pois eu não vejo é a hora de chegar em casa, ir numa loja, comprar um lençol bem lindo, que eu amo

lençol colorido, a cama bonita, sempre arrumada, e voltar pra minha cama. E imediatamente voltei pra minha cama. Minha cama é o meu tudo.

3. [Sobre a dificuldade para posicionamento durante a relação sexual] Incomoda, né? Com certeza. Médio, né? Desde sempre, né? Depois da lesão, não foi por causa da gravidez, não.

4. E as coisas que você mostrou me trouxeram muita, me trouxeram muita recordação, do passado e tudo, né? Coisas que hoje é mais difícil de fazer e tudo, as questão de posição assim, né? Pra não dar tanto prejuízo, trabalho, e eu sei que...

5. [Sobre a relação entre o tem e a sexualidade] Ah, minha filha, a gente dentro do trem faz muita coisa. Olha o trem. Mas eu não sei, não! Eu imagino, né? Que deve ser uma viagem bem tranqüila, né? Que dê pra gente dar uns beijos, né? Porque.... (risos).

1 e 2 convergem ao falar da falta de privacidade na sua casa. Mas ao mesmo tempo divergem entre por 1 considerar o quarto como um local de estar só, 2 considera o quarto como um ninho de amor.

3 e 4 convergem entre si ao demonstrar sua dificuldade de posicionamento no espaço.

2 e 5 convergem ao falar de um espaço para o amor, a primeira, o quarto, e a segunda, o trem.

3 – Enfrentamento das conseqüências da lesão medular

1. (...) Mas eu já superei tudo, né? Que tinha mesmo, tinha que superar, foi difícil, mas... Tem dia que eu penso, que às vezes eu sou... sei lá, que eu sou mais feliz. Conheci tanta gente boa, tenho tanto amigo legal, sabe? Que, me deram muita força e tudo, mas foi muito difícil. O começo foi muito... acho que pra todos, né?

2. Eu não me vejo as minhas pernas tão limitadas. Elas servem tanto! A gente se vira, a gente se calça, a gente usa uma saia com uma meia bonita. Eu uso saia com meia, e quando a gente vai se arrumar pra dormir, são muito importantes as nossas pernas, mesmo estando paralisadas para andar. Quando a gente senta e fica na posição de buda, quando a gente vai fazer o cate, não é?

3. [Sobre a gravidez] Eu queria e não queria ao mesmo tempo. Eu queria pra minha auto-estima. Eu ficava assim quando ouvia falar assim que eu tava inválida, que eu não fazia mais nada com meu marido, que meu marido ia arranjar outra mulher, logo, logo. É porque o ato em si não tem como mostrar, a gravidez é uma forma. Tem gente que acha tá inválido, morto, não faz mais nada, né? E aqui tá a prova, né? Do crime, né?

4. Eu faço ioga na minha cama, eu faço reiki no sol da manhã, eu gosto de muito de estar bem acompanhada comigo mesma. Eu estando sozinha com um bom livro, ou estando sem fazer nada, somente respirando, eu estou relaxando, estou me fortalecendo e assim, minha vida fica muito produtiva, muito alegre, entendeu?

5. (...) só que uso muito aqueles modelador, é porque eu tô doente ainda aqui, né? E ainda não uso, eu uso muito aquilo pra prender a barriga, a minha barriga tá solta e tá crescendo um pouco, mas vou continuar.

1, 2 e 4 falam da superação encontrada nelas mesmas, cada uma a sua maneira, sendo que 1 ressalta a força encontrada no apoio dos amigos, 2 ressalta que não se sente limitada e 4 fala de si mesma como caminho para a superação das dificuldades.

3 diverge das demais por encontrar na sua gravidez uma forma de enfrentar o preconceito das pessoas em relação à sexualidade de uma pessoa com lesão medular.

4 – Relações da sexualidade com os sentidos sensoriais

1. Sobre o que você passou hoje é o seguinte [referindo-se aos objetos], não tem nenhuma relação porque tô com 11 anos, né? De lesão, aí até eu falei, curiosidade, né? Saudade, o que eu quis dizer, eu tenho curiosidade de saber como reage o sexo na pessoa deficiente, entendeu? É isso.

2. Aqui faltou ainda a minha televisão, eu não coloquei. Eu coloquei algumas coisas relacionadas com o que nós vimos antes, com o que você mostrou. Com relação ao cheiro, eu gosto muito de incenso, mas eu não estou mais com esse adaptadorzinho, eu comprei na praia uma bruxinha linda, a gente coloca incenso, e a cinza, também vem com um pirezinho. Uma bruxa linda, preta com rosa choque, que eu coloco incenso eu gosto muito. Mas eu sou assim, meia fresca com relação a cheiro. Eu não gosto de canela, essas coisas pra doce. Eu gosto mais de lavanda, coisa que lembre verde, assim, em relação ao cheiro.

3. Aqui é um som, o seu porquinho ali [referindo-se ao aparelho de som utilizado no relaxamento], que eu chamo de porquinho ... e o ventilador. Eu não me dou bem com ar-condicionado, por conta da minha lesão, me incomoda demais, eu fico muito incomodada. E o ventilador, eu uso aqui só onde esquentar realmente e fica muito confortável. Logo no... aqui sou eu e o *George*, né?, (risos) e quando, os barulhos, assim de tudo que eu nem disse, assim, coisa muito com coisa. Mas eu coloquei aqui o som e o ventilador porque no começo a gente tinha muito problema com relação a barulho. Porque ele dizia que não conseguia, não conseguia fazer

amor com barulho de ventilador, com televisão ligada, com som, ele tinha um monte de neurais, né?

4. Aqui essa cama ela tá bem colorida(...)E eu uso lençóis assim bem coloridos, aquela coisa toda, eu gosto de estar sempre bem limpo, bem cheiroso. Muito bem!

5. Aqui do outro lado, é um outro criadinho mudo que nem assim, não é diário, mas pelo menos, uma vez, duas vezes no mês, a gente gosta de tomar um vinho, né? A gente usa uma taça só, a gente nunca tomou em duas taças e a gente sempre usou um copo, uma taça só, aqui é uma vasilha com um petisco, né? Alguma coisa, e aqui a garrafa de vinho. Aqui eu e o *George*. Neste momento nós estamos sentados, ouvindo música, tomando vinho, a gente nos preparando ou não pra alguma coisa: às vezes pra dormir, às vezes pra fazer amor, às vezes só namorando, depende.

6. [Sobre os estímulos] Fizeram lembrar demais, prazer, não é? Prazer, momentos também que eu falei, é... Essa aspereza, isso aqui de você deitar numa grama que nem sempre ela é fofinha, embora ela seja áspera, mas o importante não é onde você está sentado ou deitado, mas o que você está vendo ao seu redor. Isso aqui me fala mais de alegria interior.

7. [Sobre um desenho na tela] Isso aqui eu não sei nem o que é, eu ia fazer bule e uma xirquinha de café, pra gente merendar, né? Mas não deu. Às vezes, depois de uma boa noite de amor, um café quente é bom demais, aí depois fumar um cigarro e voltar a fazer de novo, ave-maria, é uma beleza (risos).

8. [Sobre a predominância do preto] Preto porque o preto é eu e meu nego, somos uma cor só. Aí eu não ia fazer um diferente, né? Isso eu botei vamos dizer assim, uma lama mesmo da beira do mar, aquelas onda arrasta aquelas coisas, as algas escuras.

9. Esta rosa que eu desenhei, porque eu adoro rosa. Ah, uma noite de amor, você ganhando primeiro um floco de rosas é muito bom, porque aquilo estimula a gente, mesmo que você não queira, você aceita (risos).

5 e 7 associam o paladar a uma noite de amor.

4, 8 e 9 convergem por falar sobre os estímulos visuais. Entretanto, 4 e 8 se opõe, pois a primeira pensa no colorido das cores e a segunda em uniformizar sua cor seu amado. 9 fala das flores como estímulo a uma noite de amor.

7 e 10 se opõem quando a primeira se recorda de momentos de prazer e a segunda de suas dificuldades após a lesão medular.

2 fala sobre a importância do cheiro

3 apresenta um discurso paradoxal, pois ao mesmo tempo em que relata o gosto pela música, acrescenta que o barulho não interfere em sua dinâmica sexual.

6 fala dos estímulos, principalmente do tato, como fonte de alegria interior.

1 diverge das demais por não conseguir fazer associações entre os estímulos sensoriais e a sexualidade.

5 - Sentidos atribuídos à maternidade

1. Moro só, com ele. Eu tenho marido, mas, ele mora em cima e eu moro embaixo, mas ele não faz falta por baixo. Tem uma menina também que mora comigo há 09 anos, mas, às vezes, ela vai embora mais cedo. Termina os fazeres e vai, porque dorme na casa dela. Aí tem meu genro, que minha filha viajou, né? Casaram. Aí ela foi morar com a mais velha, foi pra Austrália. Deixou o marido, que ficou lá em casa, que dorme em cima também. Tem vezes que ele sai de manhã vai almoçar e chega só às dez e meia da noite que ele trabalha na [nome da empresa] e vem e faz faculdade. É, deixou lá em casa, mas todo dia tão na internet, pá-pá-pá na internet, mas agora por sinal, ela falou até que ia pro Japão, acho que teve um atrito porque ela quer ir de lá. Mas eu tenho ele como um filho. Então, minha vida é essa, eu tenho minhas filhas, mas nenhuma mora comigo, eu moro só.

2.[Sobre o filho na sexualidade] Não sei, é porque eu gostava muito de passear na praia e eu acho que o mar, só o mar em si já é sensual demais, a cor do mar, o barulho do mar, o cheiro do mar, a brisa do mar, o vento, a areia. E eu andava muito na praia. De repente minha cabeça colocou ele aqui. Não sei, acho que eu saí da sensualidade aqui. Talvez até esses momentos aqui, eu sinta falta, né? De repente... eu gostava muito.

1 e 2 convergem ao falar nos filhos, porém 1 é mais específica sobre sua relação com eles e 2 não consegue explicar muito bem o que quis dizer.

6 – Sentidos atribuídos às relações afetivas

1. Aí, marido, eu não digo mais marido, um bom amigo, né? Aí então, eu vivo assim, vivo aqui, né? Nesse lugarzinho, perto da minha cozinha, ali eu tô administrando tudo, né? E vou levando a vida, minha vida eu não tenho muito que contar, não, só de muito sofrimento, mas já, já superei. A sala é pequena então eu sinto falta, o quê, de um parceiro aqui junto a mim. (...) E hoje eu... Bom, eu acho difícil. Eu não sei se ainda arranjo, mas eu acho que não, acho mais não! [risos] Aí eu tenho a curiosidade de saber como é que é. Como era que eu ia me sentir se acontecesse.

2. Uma vez eu fui me consultar num médico e ele foi falar de sexo, né? Ele veio perguntar: ‘e você, como é que você se masturba?’, olha aí, isso não é um horror? E ele sentou quase em cima de mim, assim, ai.. aí ele disse que queria ver, se eu pudesse filmar que ele queria ver como era minhas espasticidade, entendeu? Aí ele marcou disse que ia aplicar umas injeção de botox. (...) Aí ele disse ‘quando você for pra aplicar não precisa você usar modelador’. Olha?

Eu fui só? Quando ele viu eu com a *Ângela* olha a cara dele! Mas ele ainda disse assim, que nesse tempo eu tava mais cheiinha, né? ‘Ah, as pernas tá bem grossinha!’ Olha, o que é que ele queria dizer com isso? [risos] Mas feio que só! Descartei, agora se fosse um bonitinho, talvez eu tivesse ido, entendeu? Tinha deixado só, um alisadozinho.

3. De coisas assim e que de repente nós fomos conversando e eu fui tentando dizer pra ele que não tinha nada a ver que era muito gostoso aquilo tudo e hoje a gente não faz sem [refere-se ao “barulho” de música]. Então foi quebrado, desmistificado aqui ali: pode o neto estar batendo na porta, pode ter um carro na esquina buzinando, não existe mais isso. Tá na hora de DUAS CARAS (novela), também não tem problema. Então por isso que eu salientei isso aqui em relação aos barulhos, né?

4. [Sobre o homem] Esse homem aí, eu não sei o que ele tá fazendo aí. Tá de enxerido. Deus me livre, meu senhor! Continue pra frente, que eu vou subir o morro. Passe pra lá, vá mais pra praia, mais pra longe, que eu quero subir o morro, que eu não quero mais preocupação na minha vida [as outras riem].

5. Todo mundo fala, Juliana Paes você tem um maridão, até hoje. Ele teve oportunidade de ter me deixado, né? Tinha dinheiro, tinha moto, podia muito bem ter ido embora, não ter nem ligado pra mim, eu no fundo de uma cama não tinha esperança nenhum porque nem se quer eu me mexia.

6. (...) Então mesmo assim eu não deixo de aproveitar as minhas noites com meu esposo e tudo. Tem aquelas noites de cansaço. Ele já se cansa mais do que eu mesmo. Eu tô na cadeira de rodas, cozinho, me estresso com menino, e com isso, mas eu não tenho problema quanto à isso. E eu até fico, às vezes, assim triste quando ele tá muito cansado e tudo que eu planejo assim alguma coisa diferente e puxo na memória, mas vai tudo por água abaixo, mas sempre, né? A gente tem que estar preparada, né? Pra doar, né? Ter paciência também com o seu próximo, com seu parceiro, né? E aceitar que, eles têm cada um com seus problemas, né? A gente lá na nossa casinha tem nossos problemas, e o home que trabalha lá fora também tem os problemas dele o estresse dele, então isso significa uma noite, uma noite mesmo de um casal normal, que eu não sou nem uma pessoa extra-terrestre, anormal, não. Uma noite qualquer de qualquer casal mesmo que se ame, né? E se doa sempre.

1 e 2 mencionam a falta que sentem de um parceiro

3, 5 e 6 falam da experiência do amor conjugal após a lesão medular, sendo que 4 e 6 ressaltam a compreensão necessária para levar o relacionamento.

4 apresenta um discurso paradoxal sobre a vontade ou não ter de um homem em sua vida.

7 – Relações com a natureza

1. O meu são resquícios de lembranças felizes, né? Relva, são flores, deitar na grama, andar de barco, de repente, num rio abaixo, curtindo natureza, fazendo ou sol ou uma noite de lua. De barco, não, de barco eu ainda não andei. Então, são momentos, né, de muito carinho, de muito amor, de muita entrega, de muita alegria, de muito prazer, são momentos assim que você pára, você deita, você observa a natureza, pássaros, o céu, ou o sol, ou a noite, também, né? Muito gostoso de se ver.

2. Como o meu esposo é do interior, então a gente tinha momentos muito bons no interior, não é, toda uma natureza e eu sou muito ligada à verde, então, é... hoje, vocês conhecem já a minha casa. Minha vida é essa: cuidar das minhas plantas. Tem, sabe? Tem que ter verde, tem que ter ao meu redor e isso me dá prazer e isso me remonta à muita alegria, muita felicidade, além de momentos, hoje, de prazer muito grande em que eu fico embaixo da árvore, faço a minha leitura, eu faço reiki, eu faço minhas meditações, então eu gosto muito de natureza, gosto de estar cercada de natureza.

3. [O verde nas letras] Assim, como eu sou muito ligada assim à natureza, sempre tive vontade de ter natureza, mas nunca tive como. Sempre morei aqui na cidade e tudo. A gente viaja poucas vezes quando tinha tempo e era mesmo pra praia. Assim, alguma coisa assim, nada de muita natureza, não. Gosto muito de natureza. Tenho vontade de tomar muito banho de chuva, que ainda não tomei, ainda.

1 e 3 se opõem quando 1 relaciona a alegria de seu grande contato com o verde e 3 a ausência desse contato.

2 coloca a natureza como um elo de ligação com o marido e com si mesma.

5.2 TRANSVERSALIZAÇÃO DA COLCHA DE RETALHOS

Quando começamos a ler a transcrição da produção coletiva do grupo acerca da colcha de retalhos e organizar o texto para análise transversal, começamos instantaneamente a nos lembrar da música e poesia de Chico Buarque de Holanda. A primeira a surgir foi *Retrato em branco e preto*, seguida de *Cotidiano*. A partir daí, demos as mãos a Chico Buarque para nos ajudar nesta doce, embora complexa, tarefa de costurar estas histórias numa colcha de retalhos. Criamos um inter-texto no qual o discurso do grupo-pesquisador se conjuga com os trechos das músicas destacadas em itálico.

Agora era uma colcha de retalhos, muitos pedaços das marcas de amor nos nosso lençóis. Alguns se mostram sem maiores mistérios. São pedacinhos do sonho ou da vida real: tapetes, cama, colchão, televisão, mar, areia, noite... sofá virando cama coração. Noutro pedacinho, podemos ver melhor os tais mistérios e as relações desses corpos com o espaço que os rodeiam. Vemos uma cama de solteiro, um ninho de amor, que pode ser um quarto ou um vagão de trem. Mas esse corpo pode ter dificuldade de se encaixar nesse espaço, de se movimentar como gostaria, de lidar com as marcas que ficaram em seu corpo como tatuagem.

Na boa companhia de si mesmas a força para superar tais dificuldades. Perceber que suas pernas não estão tão limitadas assim como as outras pessoas pensam, nem tampouco deixaram de ser merecedoras do amor de um homem. *E por não saber se amor é crime, mostrar a prova deste crime de amor, gravidez.*

Olhos nos olhos, vemos a curiosidade de saber..o sexo, a lesão, como isso reage? E essa colcha estimula todos os sentidos. Sentimos seu perfume de incenso e de rosas, as almas com perfume de jasmim. E ela é tão colorida que chegamos a ouvir a música que embala o casal que se deita nela degustando uma taça de vinho. Se fecharmos os olhos, podemos sentir até o gosto, que o vinho busca ocupar o lugar da dor. Ou para quem preferir um café quente e um cigarro.

Ela é assim tão especial tão fofinha que chega a ser áspera, por contar tanta história. Quem sabe até um *retrato em branco e preto*. Nesse retrato, claro, não pode faltar ninguém. Os filhos têm de estar presentes, mesmo em recordação ou saudade. *Saudade engole a gente...*

Uma cor que aparece muito é a verde. *Te quero verde te quero casa pra morar*, porque verde é natureza. É muito gostoso de se ver, mesmo que não seja com a frequência e quando se tem vontade, os pássaros, o céu, ou o sol, ou a noite.

E se essa colcha falasse... Ah!!! Era muita coisa para contar. A tristeza de ser recusada por quem se amou, o apoio que se deu e se dá todo dia ao companheiro, uma verdadeira de mulher de *cotidiano* [...] *Seis da tarde como era de se esperar, Ela pega e me espera no portão, diz que está muito louca prá beijar e me beija com a boca de paixão* [...]. Porque numa relação a gente tem que estar preparada, para se doar, ter paciência também com o seu próximo, com seu parceiro.

A mulher que diz que não quer homem, mas ele aparece, sem rosto, sem identidade, nos seus pensamentos. [...] *Tira as mãos de mim, põe as mãos em mim, e vê se o fogo dele guardado em mim te incendia um pouco...* Ou quem sabe encontrar um novo amor,

e se ele for bonitinho, melhor ainda porque *esse seu novo amor lhe quer também tão bem que até comove aquele olhar que um homem tem quando ele pensa que sabe o que quer.*

Essa colcha, é claro, tinha de ser uma colcha de cama de casal, porque a cama é o símbolo mágico. *Eu faço ... amor até mais tarde e tenho muito sono de manhã [...]O trânsito contorna a nossa cama reclama, do nosso eterno espreguiçar.*

Ah, é tão bom, na cama! Com uns travesseiros bem românticos. É tão bom deitar assim numa onda bem macia, e numa relva, com brisa, com vento. A cama é lugar pra chorar que é um lugar quente. *E chorei, chorei, até ficar com dó de mim...*

Às vezes vêm assim umas lembranças e é muito bom. É bom, é bom e é bom mesmo. É onde a pessoa fica quando está doente ou se recuperando ou descansando. Ou ainda no fundo dela, sem esperanças.

Em todo canto pode acontecer [...] *ao pé da cama ... sem coberta, no tapete atrás da porta...* Mas sem uma cama, não dá. É mais aconchegante a cama, o quarto, fechado, sem barulho, você pode até ter uma luzinha verde, bem de leve, mas não muito claro. O melhor local da gente fica no quarto.

Aí é a hora do balacubaco. Mas não depende só da gente, depende muito do nosso parceiro também, porque é ele faz que a gente consiga, ele possibilita, ele ajuda, ele não mede esforços, ele nunca tá cansado, ele nunca se esquivava. É muito importante o companheiro. Aí é deitar e rolar. Porque *o meu amor tem um jeito manso que é só seu e que me deixa louca quando me beija a boca a minha pele toda fica arrepiada e me beija com calma e fundo até minh'alma se sentir beijada...*

5.3 ANÁLISE DA PRODUÇÃO PLÁSTICA



Figura 3. A colcha de retalhos.

Uma colcha que transmite tranquilidade, serenidade e desejo.

Serenidade na praia, no barco. Imagens da natureza que nos transmitem paz e harmonia.

O desejo na cama, nos corpos se amando na noite quente, nos casais de uma cor só. O cotidiano repetido da vida e do amor. Um cotidiano colorido, quase feliz. Não fosse pela cama vazia, sem corpo.

As duas faces do amor: desejo e solidão.

6 OFICINA DE ANÁLISE-EXPERIMENTAÇÃO: análise do grupo-pesquisador

Nesta oficina (05 de junho) pensamos em uma maneira de aproximar as co-pesquisadoras com o material produzido. Sendo assim, aproveitando a arquitetura da sala, dividimo-na em duas, de um lado, o corpo coletivo montado, de outro, a colcha de retalhos. Solicitamos que elas se aproximassem tantas quantas vezes quisessem do material. Apresentamos, também, todas as falas transcritas e impressas em letra legível para que elas lessem tanto quanto considerassem necessário.

Causou-nos certa estranheza o fato de que elas não se aproximaram muito nem do corpo, nem da colcha. Assim também foi a rapidez com que trocaram entre si os papéis com as falas transcritas.

Quando exposto o fato, elas argumentaram que conheciam bem o que tinha produzido e dito. Diante deste argumento, nada mais tivemos a dizer. Vamos à análise do grupo.

Para efeito de apresentação, nomeamos as co-pesquisadoras com nomes de mulheres escolhidos pela pesquisadora oficial. A intenção era que cada uma escolhesse o nome que lhe agradasse, mas o envolvimento nas oficinas era tanto que isso só era lembrado quando elas já haviam acabado.

Não foi realizada nenhuma adequação ou correção gramatical para a apresentação das falas. Vamos a elas.

Identificação	Discurso
Co-pesquisadora 01 – Julieta	Na colcha de retalhos eu posso ver que na parte superior, paisagens que dizem falam de liberdade. O centro da colcha, posso ver cenas mais próximas da sexualidade, pois casais estão sobre a cama em clima romântico. A parte inferior não de fala nada de sexualidade, só móveis e pessoas pintadas de preto que retratam mais tristeza! As gravuras me parecem bem sensuais e alegres coisas que gostaríamos de ser e viver constantemente talvez. Este estudo eu acho muito importância para pessoas deficientes principalmente aquelas que pensam que já morreram! É através de

	troca de idéias e informações que as pessoas se descobrem e alertam para as suas falhas e erros e procura compensá-los. Uma coisa que eu acho muito importante para esta pesquisa é ver a que religião cada pessoa pertence, pois podemos através da religião observar variações de opiniões, posições, e idéias do certo ou errado para cada pessoa.
Co-pesquisadora 02 – Juliana Paes	Juliana Paes não escreveu, argumentou conosco que como não domina a escrita, sentir-se-ia constrangido a fazê-lo. Como o objetivo de nossa pesquisa, em nenhum momento é gerar incômodo, deixamos Juliana Paes à vontade.
Co-pesquisadora 03 - Anita	Pela minha percepção achei que o grupo todo interrágil com muita diversidade, entusiasmo e muita criatividade; todos ligados a uma só idéia a um só objetivo... Todos tem sua história, seu passado, por isso mesmo tivemos diversos modelos de transcrever sobre sexualidade. Todos colocaram nos trabalhos o que lhe faziam lembrar sua sexualidade. Traduziram também um pouco de suas experiências emocionais de antes de uma lesão medular, e como encaram a vida sexual hoje após uma lesão medular; claro tudo ficou diferente, difícil mais nada impossível. né? Todos acham em si; que temos como manter nossa sexualidade ativa mesmo apesar de todas as lutas e dificuldades que enfrentamos! Somos mais que vencedores!
Co-pesquisadora 04 - Graziela Massafra	Meu Deus que devo fazer vamos lá A gente precisa estar bem consigo mesmo A gente que estar também com coração limpo sem guardar mágoa daquela pessoa meu marido até hoje, eu engano ele, você consegue ter um prazer embora não posso falar muita coisa sobre sexo. Gostaria como iria me coportar, tenho curiosidade. Com meu atual marido não acaba amor que sentia não dá mais pra mim esta dificuldades

	A próxima vez quem sabe que poderei escrever falar chegou o dia, chego com a cara de felicidades falo tudo Ai como é maravilhoso Breve. Me aguarde?
Co-pesquisadora 05 – Holly	Fazendo uma análise mais detalhada com base nos trabalhos apresentados nas oficinas, observo que a sexualidade nas mulheres com lesão medular se apresenta de forma muito abrangente. Sexualidade é vida, é parceria, é troca de afeto e acima de tudo, alegria, gozo, e expressão física de amor. A sexualidade aflora de repente, sem que a gente perceba. Após este trabalho de grupo e o conhecimento passado pelas mulheres do grupo, passei a observar (perceber) que o sexo pode ainda ser muito bom, apesar da lesão medular.
Co-pesquisadora 06 – Lucíola	Observando os quadros, e o que foi falado, e agora lendo o depoimento de uma das participantes, cheguei a seguinte conclusão: As pessoas, homens ou mulheres, deseja e que muito serem felizes. Todos nós temos direito à felicidade. E, a felicidade para muitas, está relacionada diretamente ao sexo: Quando, não se teve uma vida sexual ativa, mesmo sem que se perceba, você cria algumas fantasias. Estas fantasias, estão relacionadas com tudo que é belo e bom e gostoso. Em todos os quadros, observados, pode-se ver claramente, algumas gravuras, muito bonitas, outras eróticas(seios) e outras relacionadas ao prazer, ao paladar (frutas), então eu posso compreender, que tem muitas coisas, que nos dá prazer e felicidade, sem envolver sexo. Para cada pessoa, o sexo, tem o seu valor, seu peso , sua necessidade. Para mim, não conta; sinto falta de um companheiro, presente, amigo onde você pode contar com ele em todos os momentos, os bons e ruins, mas sexo , mesmo não. Quanta coisas, ditas e escritas, falou-se em juventude, em transa, casamento, feito e desfeito, falam-se em felicidade e sexo de varias maneiras. Acredito, que cada um tem o seu jeito de ser feliz, com sexo ou sem.

Co-pesquisadora 07 – Isolda	Eu acho que um pouco nos falamos de sexo mais depois da lesão o sexo ficou no segundo plano no momento e mais importante família, a amizade mais muitas vezes agente pensa porque não, não tem nada errado com nosco nós temos muito medo de falar e fazer sexo por vergonha. De fazer xixi na hora. Mais que quando fiquei com cadeira de roda tive uma vida sexual ativa tanto que tive uma menininha linda mais já faz 2 anos que eu não sei o que é sexo.
--	---

7 OFICINA DE CONTRA-ANÁLISE: o discurso do grupo-pesquisador

Depois de concluída a análise do material produzido pela pesquisadora oficial, reunimo-nos novamente com o grupo pesquisador para apresentá-la. Nossa primeira dificuldade foi em relação à presença do grupo. O número era de oito mulheres e destas somente quatro compareceram, embora sete tenham confirmado presença quando foi feito o contato telefônico. A oficina se deu em 16 de outubro de 2008.

Já no contato telefônico uma das participantes nos indagou se haveria algo para ler e/ou escrever, pois se assim houvesse ela não iria. Explicou-nos que, como não domina estas modalidades da linguagem, sentir-se-ia constrangida com a atividade e preferiria não comparecer.

Deste modo, em respeito a este membro do grupo encontramos uma maneira de não necessitar de recursos de leitura e escrita. Nós mesmas leríamos ao grupo em voz alta o texto para ser analisado, ao mesmo tempo em que seria distribuído o mesmo texto em duplas. As observações vistas por elas seriam gravadas. Acreditamos que desta maneira atingiríamos nosso objetivo sem expor nenhum membro grupo.

E assim foi. Lemos os textos e aguardamos a opinião delas. Ficamos até bastante emocionados com seus depoimentos, pois elas apresentaram um discurso de que estavam muito satisfeitas com o modo como o material estava sendo apresentado. Elogiaram nossa idéia de inserir elementos poéticos e musicais em nossa análise.

A seguir apresentamos suas falas da contra-análise.

Identificação	Discurso
Co-pesquisadora 02 – Juliana Paes	Ficou muito legal, ficou ótimo! Achei bonito, muito gostoso. Achei que você soube colocar as palavras certas. Tá maravilhoso. Com essas palavras que você colocou ficou mais legal ainda. Eu adorei. Acho que não tem nada para tirar e para botar. Parabéns!
Co-pesquisadora 03 – Anita	Tão bom, né? As palavras, você soube colocar as palavras bem direitinho. Eu lembrei um pouquinho de cada, lembrei da estória da relva, da natureza. Muito bom mesmo.
Co-pesquisadora 05 – Holly	É tão importante, né, esse trabalho, que quando faz essa junção a gente lembra de quem falou aquilo. Volta automaticamente, né?

	Então, excelente, muito gostos de se ler. Nós identificamos o que cada uma falou. É muito importante isso. E de uma maneira muito poética. E se encaixou de uma maneira tal que tornou a leitura muito atrativa, muito interessante. Além de qualquer expectativa. Nossa! Quanta criatividade! Eu gostei muito porque você foi muito sintética, mas muito consistente, brincando com a música.
Co-pesquisadora 06 – Lucíola	Isso aqui foi uma opinião do grupo e cada uma demonstrou aqui sua experiência. Eu também penso, assim, concordo assim. Na minha experiência o sexo não foi uma coisa boa que vivi, mas isso é a minha experiência e não do grupo. Então quando eu fiquei sem uma vida sexual ativa para mim foi muito melhor. Porque era um sacrifício para mim. Eu vivia muito assim, subjugada àquele casamento, dependente dele. Então, eu, da minha parte, acho muito melhor hoje. Mas da maneira que você colocou aqui, o amor é isso aqui, a vida sem isso aqui não existe, não. Você colocou o lado romântico da vida, mas não deixou de colocar o lado áspero. E aqui eu não vi a pessoa com lesão medular. Independente dela ter lesão ou não, a pessoa passa por esses altos e baixos da vida.

Embora de certa forma aliviados por ter ouvido que conseguimos captar a essência do dito e não dito, ficamos um pouco receosos de que talvez elas não tivessem se sentido à vontade para criticar o texto. Aí entrou o psicólogo que participou das oficinas e nos tranqüilizou com a idéia de que elas realmente elas foram sinceras e que na verdade, acabáramos de submeter o trabalho ao filósofo mais qualificado para dizer-nos o sentido dele.

8 ANÁLISE FILOSÓFICA: confetualizado os conceitos e conceitualizando os confetos

Gaarder (1995) nos conta a história de Sofia Amundsen, uma jovem que às vésperas de seu aniversário de quinze anos começa a receber cartas e cartões postais estranhos, cujo remetente e destinatário ela desconhece. O livro promete trilhar a história da filosofia ocidental. Mas o que nos chama atenção, pensando na sociopoética, é a frase de introdução do capítulo intitulado A CARTOLA “... a única coisa de que precisamos para nos tornarmos bons filósofos é a capacidade de nos admirarmos com as coisas...” (GAARDER, 1995, p. 22). Ele acrescenta ainda que muitas das buscas filosóficas da antiguidade foram resolvidas pela ciência, como o enigma lunar. Segundo ele, as perguntas filosóficas surgem da estranheza do homem em viver e se perguntarmos às pessoas qual a coisa mais importante da vida, a resposta dependerá do contexto em que vive em cada um. E mesmo com a filosofia oferecendo várias resposta a uma mesma pergunta, ele nos diz que “a leitura do que outras pessoas pensaram pode nos ser útil quando precisamos construir nossa própria imagem do mundo e da vida” (GAARDER, 1995, p. 25).

Em outras palavras ele retoma a significantização das coisas pelo sujeito, e nos introduz a idéia de que os filósofos tradicionalmente reconhecidos não são os donos da verdade do mundo e da vida. Para nós, este pensamento é importante, pois aqui o filósofo que se apresenta não é aquele formado na universidade, muito menos o da antiguidade. O filósofo aqui é o grupo-pesquisador que se estranha e se surpreende com as coisas, escrevendo a sua própria história, e atribui conceitos a seus afetos, **confetos**.

Tal como Jostein Gaarder aconselha à Sofia, a Sociopoética nos diz para relacionamos estes confetos ao que os outros homens pensaram e escreveram na literatura filosófico-científica difundida. Tentamos discorrer sobre suas convergências, oposições e complementaridades.

Gauthier (2005) nos socorrem ao explicar melhor este momento:

[...] É um trabalho de elucidação da linguagem e dos seus contextos, pelo processo de afinação dos conceitos; ou seja, pelo movimento oposto da definição (que caba, delimita, fecha o significado como se fosse uma propriedade solta), a atividade sociofilosófica nunca acaba de atrair significados heterogêneos para uma palavra ou expressão dada (Gauthier, 2005, p. 261).

Temos duas construções bastante interligadas: um corpo e uma colcha de cama para este corpo se deitar. Sendo assim, optamos por realizar esta análise contemplando as duas oficinas em um único momento.

Dentre os vários significados produzidos pelo grupo-pesquisador acerca da sexualidade, percebemos num primeiro momento uma grande associação entre o corpo e os significados afetivos. Foi uma preocupação inicial nossa que o corpo biológico marcado pela lesão medular falasse mais alto que o sujeito.

Entretanto, em nossa primeira oficina conhecemos uma nova criatura, **Quintura**. Quintura é uma mulher. Ela sabe que sexualidade não é só coito. Na realidade, sexualidade é também a afetividade, o namoro, o diálogo, a presença. Ela mostra que uma mulher se sente bem ao estar aberta, ao amar muito, ao adorar pessoas, adorar amar, adorar acariciar. Ela se sente viva, se amando, se gostando.

Sabemos que a sexualidade é uma invenção histórica, influenciada por inúmeros fatores: geração, raça, nacionalidade, religião, classe, etnia, entre outros, ou seja, pelo significado atribuído a todas estas constituintes. Assim, não é uma questão que nasce com a pessoa, ela é social e politicamente construída, ao longo de toda a vida, de muitos modos, por todos os sujeitos (LOURO, 2001). E neste sentido, retomamos a importância da linguagem, meio pelo qual o sujeito estrutura sua subjetividade e representa os seus desejos, a sua falta, o seu senso de incompletude.

Quintura é um confeto construído pelo grupo que nos diz o que é sexualidade. Este confeto desmistifica a idéia de que a mulher com lesão medular é uma mulher incompleta, incapaz de manter um relacionamento afetivo. É uma mulher dotada de feminilidade, na medida em que retoma traços claros do erotismo, do brilho que ilumina as pessoas com o amor, tal como Birman (1999) nos faz conhecer.

Ao mesmo tempo, o grupo-pesquisador apresenta dois confetos diferentes do sexo: o **sexo-coração** e o **sexo-cabeça**. O sexo-coração é aquele que não pode ser feito sem sentimento, sem afetividade. Este sexo está ligado aos laços familiares, de amizade, respeito e amor. Portanto, não admite o sexo casual, o sexo pelo sexo. O outro, o sexo-cabeça, envolve dois sentidos diferentes atribuídos à “cabeça”: uma racional, que tem que parar, pensar e escolher bem seu parceiro. E a outra, aquela que fantasia, que vive a sexualidade por meio da imaginação, que ao relaxar, se entrega e tudo flui.

Embora inicialmente opostos, estes dois conceitos são absolutamente complementares. Pois a cabeça que vive a sexualidade é a mesma que constrói o significado de família, amor, amizade, entre outros. Confirmamos aqui as idéias de Lacan de que a mulher está não toda inscrita na função fálica, pois a conquista pela conquista, do sexo casual, tal como se via na Carmem de Bizet (BIRMAN, 1999), não interessa à Quintura.

O sexo casual, como forma de demonstrar poder e domínio sobre o outro, está submetido à ordem fálica, e, portanto, é de uma postura masculina, mesmo que este sujeito seja, anatomicamente, uma mulher. Entretanto, a postura feminina não implica em se assujeitar passivamente a ser apenas causa do desejo masculino e atender a todos os seus pedidos. Vai além, pois incorre em vestir-se do que causa o desejo no homem, não importa o que seja (BARBIERI, 1996). Significa, pois, inserir-se na fantasia particular de cada homem e ocupar nela, o lugar de sua completude, do reencontro com o que lhe falta. Ocupar essa posição foge a toda a simbolização possível, daí a dificuldade em responder à célebre pergunta de Freud “O que quer uma mulher?”.

Pode significar, portanto, na tentativa de apaziguamento da angústia do parceiro, ter atividade sexual com ele para mantê-lo ao seu lado ou conservar a intimidade entre os dois. Assim, esta é também uma forma de ser mulher. Desta afirmativa, vemos que, neste estudo, o companheiro está inscrito em uma dimensão afetiva, não apenas sexual.

Estes pensamentos se relacionam a outro confeto produzido pelo grupo, o “**maridão**”. Trata-se do parceiro ideal que nunca falta, está sempre disponível, carinhoso, companheiro, unido para sempre. Esta imagem de homem ideal é o homem que a mulher quer amar e supõe saber as possibilidades de suprir o que lhe falta. Mais uma vez, percebemos o amor como tentativa de subjetivar a falta onde a mulher é não toda (ANDRÉ, 1998).

Soler (2005) parte desse pressuposto para nos explicar a afirmação de Lacan de que “não há relação sexual”. A relação sexual de que trata Lacan não é a do contato entre os corpos, mas do símbolo dessa completude, desse preenchimento da falta, que não se consegue simbolizar.

Francisco Brennand, artista plástico brasileiro, nos apresenta esta busca constante em sua escultura intitulada “Les Amants” (Os Amantes) (Figura 4). Nela podemos ver um homem e uma mulher numa tentativa, quase em agonia, de se mostrarem unidos. Eles se apresentam amarrados por cordas e parafusos. Um desejo, literalmente, amarrado no outro.

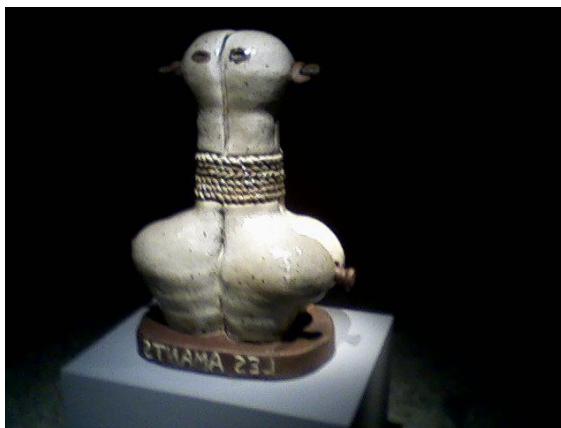


Figura 4: Les Amants, obra de Francisco Brennand

Fonte: <http://baiao-de-dois.zip.net/index.html>

Vicente (2007) nos diz que a mulher busca um parceiro permanente de forma perseverante. A sua afinidade com a falta lhe causa desejo tudo. Esta falta de limite e inquieta os homens. Nem mesmo a morte tem sido considerada um limite para o amor ideal. Com estréia recente no cinema nacional brasileiro (novembro/08) o filme ROMANCE, de Guel Arraes e Jorge Furtado, nos apresenta este aparente paradoxo entre amor e morte. Nele, dois atores, Pedro (Wagner Moura) e Ana (Leticia Sabatella) se apaixonam durante a montagem da peça Tristão e Isolda, uma estória de amor e morte. Durante todo o filme, Pedro questiona com Ana se seria possível um amor recíproco feliz, haja vista a dicotomia amor e morte ter encantado os povos há séculos, com romances como Tristão e Isolda e Romeu e Julieta.

No outro extremo temos o confeto **casamento furada** - é o casamento que só traz tristeza, que faz sofrer e se fechar em defesa própria.

Louro (2001) nos lembra que o casamento foi institucionalizado como uma maneira de controlar as forças perturbadoras do sexo, de controlar a moralidade. Mas de modo algum é esse o casamento que interessa ao nosso corpo filosofante, embora já se saiba que o casamento para mulheres com lesão medular é mais reduzido que para os homens nesta mesma condição (ANDERSON et al, 2007). Ele quer é amar e se entregar.

E é claro, este corpo pode ter uma **noite de um casal normal** – aquela noite estrelada, com muito amor, muita adrenalina, na qual um casal, sendo a mulher com lesão medular ou não, faz amor, como qualquer outro casal.

A vivência sexual é importante na sustentação do casamento, tal como já dissemos o que mostra o estudo de Lima (2005). Relacionamentos nos quais o parceiro sem lesão tem compreensão e conhecimento sobre as necessidades sexuais do parceiro com lesão medular tem seguido com mais êxito no relacionamento sexual (FORSYTHE; HORSEWELL, 2006).

Esta vivência como busca da completude revela o desejo simbolizado pela linguagem que permite que este se realize e ao mesmo tempo, como nos diz Fink (1998), “dá um nó nesse lugar, e nos faz de tal forma que podemos desejar e não desejar a mesma coisa e nunca nos satisfazemos quando conseguirmos o que pensávamos desejar, e assim por diante”. Ou seja, a linguagem nos permite expressar nossos desejos para que os realizemos, mas ao mesmo nos reapresenta a dimensão da falta quando achamos que a completamos.

E entre os extremos do amor ideal e do amor infeliz, encontramos o confeto **enxerido** – aquele homem que insiste em aparecer nos pensamentos, na imaginação, lembranças, embora a boca viva dizendo que tem é abuso de homem.

Magalhães (2004) nos relembra o conceito de Freud de que neste momento, quando há uma oposição entre o que conscientemente se diria e o que se faz presente, acontece uma formação do inconsciente: um chiste, um lapso. Aparece aqui a dimensão do inconsciente, do significante. O inconsciente vem à tona e apresenta o que está escondido.

A dimensão da feminilidade leva-nos ainda a encontrar o confeto de **fogaço**. Trata-se de um fogo no corpo, que vem do cérebro e se espalha pela cintura. Nele confunde-se o fogo da excitação sexual e o calor da menopausa. Vemos aí o caráter infinito das possibilidades de feminilidade, pois em um único confeto podemos fazer a leitura de experiências bastante diferentes.

De fato, a menopausa provoca alterações na dinâmica física feminina, uma vez que lhe causa alterações hormonais importantes. Mas, além disso, na menopausa, a atividade sexual perde a justificativa biológica da reprodução. Porém, um estudo sobre a sexualidade no processo de sexualidade no envelhecimento (VASCONCELLOS et al, 2004) nos relembra que ao Freud afirmar o prazer como objetivo da sexualidade humana, derruba-se este reducionismo reprodutivo. E, em auxílio às barreiras biológicas do ato sexual na menopausa, a medicina tem alcançado grandes progressos com os hormônios sintéticos. Mas ainda é preciso que as pessoas acompanham estes avanços e percebam que a menopausa não tem o porquê de ser o fim da sexualidade.

Sendo também, um corpo biológico, aparecem elementos relacionados bem nítidos, como o **entremeio**, as partes do corpo da mulher com lesão medular que geram preocupação na hora do sexo - intestino e bexiga; medo dos acidentezinhos, de fazer cocô, de fazer xixi e estragar tudo; mas sabe-se que eles têm de estar ali, porque a mulher precisa se alimentar, ter nutrientes.

Vários estudiosos (ANDERSON et al, 2007; FORSYTHE, HORSEWELL, 2006) se preocupam também com este entremeio. Devido à alteração na habilidade de controlar voluntariamente os esfíncteres, o posicionamento da anatomia feminina, com a vagina próxima à bexiga e ao reto, é inevitável que o coito vaginal estimule o intestino. Isto reforça que estes receios têm sim, razão de existir. Mas que não devem ser considerados impedimentos absolutos, pois há maneira de manejá-los.

Este confeto podemos pensar como o único que realmente faz uma referência concreta à lesão medular, que apresenta um corpo com um limite. Porém, se olharmos com mais afincos, percebemos que não é tão específico assim, pois no cotidiano, inclusive nas propagandas de televisão é constante a tentativa de disseminação da idéia que os odores do corpo são atrativo importante para a sedução. Belos homens e mulheres estão sempre promovendo marcas famosas de perfumes, atribuindo-lhes o milagre da sedução.

A mulher com lesão medular é um sujeito com uma marca física, mas ela não é determinante e castradora. Não elimina o desejo, a fantasia. Pensando nisso, nesse corpo e suas relações com esse desejo no espaço aberto e eles nos deparamos com mais dois confetos a **cama** e o **trem**.

Cama – é um misto de coisas. Pode ser de casal ou de solteiro. É um ninho de amor, lugar quente para chorar, local para meditar, fazer ioga. Símbolo do retorno à vida “normal” com lindos lençóis coloridos. É tudo.

Trem – lugar onde se pode fazer muita coisa, muito romance. Cenário das fantasias, de uma viagem tranqüila para se dar uns beijos, fazer carinho e encostar a cabeça no amado.

Estes dois confetos nos remetem à fantasia. Birman (1999) nos diz que

[...] a sexualidade se inscreve na fantasia, antes de mais nada. Esse é o campo por excelência do erotismo. Não existiria, pois, sexualidade sem fantasia, sendo essa a sua matéria-prima. Seria, então, a partir da fantasia como fundamento que a sexualidade poderia assumir formas comportamentais diversificadas (BIRMAN, 1999, p. 22).

Outra faceta da feminilidade abordada pelo grupo pesquisador é aquela que diz respeito à maternidade. Esta relação entre feminilidade e maternidade já foi apontada por Freud como sendo muito próxima. Para o grupo ela se expressa de duas formas: a provado crime e a vo-ternidade.

Prova do crime – é a gravidez como prova para as outras pessoas saberem que acontece o ato sexual. De que a mulher com lesão medular não está inválida, morta. É a prova

de que o marido não precisa buscar o sexo com outra mulher. Nesse sentido, a gravidez é uma prova do crime.

Para este sujeito, a maternidade foi simbolizada como acesso e prova exterior à feminilidade. Silencia quem poderia dizer que na cadeira de rodas não se é mais mulher, esquece-se a vida sexual, que o marido tem que ter uma mulher de verdade. Pois carregar um filho no ventre é prova irremediável de que a procriação é possível e concreta. Para Freud a maternidade seria o único caminho seguro para a feminilidade, pois o filho representaria a posse simbólica do atributo fático, o substituto do pênis invejado (UTCHITEL, 2005).

Inteiramente relacionada à maternidade, e pelos mesmos motivos, nos aproximamos da **vó-ternidade** - sensação maravilhosa de curtir a maternidade das filhas e noras, é cuidar dos netinhos e relembrar de como era bom pegar seus filhos bebês no colo, de dar o leite, a chuquinha e pensar na renovação da vida.

Os confetos discutidos aqui não são os únicos possíveis, pois a todo o momento, os sujeitos constroem e reconstroem sua história de acordo com o momento cultural, político e com as marcas inscritas em seus corpos e essências por meio da linguagem e da simbolização desta.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: e assim começa o fim

Encerrando este capítulo de nossa pesquisa retomamos os objetivos que traçamos. A proposta era, em primeiro lugar, conhecer quais os confetos produzidos, acerca da sexualidade, por mulheres com lesão medular.

Nós vimos que eles são muitos e diversos. Substantivos comuns e de conceitos já fudamentados, como trem e cama, assumem, neste olhar, um mundo de novas possibilidades para a afirmação da sexualidade. A maternidade vai muito além da procriação e do desejo de ter filhos e empunha a bandeira do ‘eu sou mulher’, ‘eu posso amar e ser amada’. E, como na maioria das experiências femininas, a mulher com lesão medular também pode enfrentar relacionamentos felizes e infelizes. A lesão medular não se apresenta como garantia de ter ou não ter amor.

A inovação dos confetos produzidos pelo grupo está relacionada ao fato de que não existe “*A mulher com lesão medular*”, o que existe são caminhos diferentes que vão sendo construídos em busca da feminilidade e de se tornar mulher. Estes caminhos são trilhados pelo sujeito em busca da postura feminina, não é premissa que haja ou não uma lesão medular.

Acreditamos que possibilitamos o emergir de confetos para que o grupo refletisse acerca da sua sexualidade. E estes mesmos confetos são, também, substratos importantes para a reflexão do profissional de saúde sobre o atendimento no processo de reabilitação.

A partir do momento em que foi oferecido às participantes o espaço para produção de conceitos sobre sexualidade, rompemos com os limites dos discursos acadêmicos e do senso comum, e percebemos emergir vários saberes. O grupo pôde compartilhar experiências que não se relatam nos artigos científicos. E até mulheres que relataram não estar tão despertas para esta questão, ao final da pesquisa se disseram estimuladas.

A partir dos resultados e reflexões apresentados, acreditamos que o processo de reabilitação, no que diz respeito às questões sexuais, pode ganhar muito quando a equipe interdisciplinar se dispõe a ir além da aula expositiva restrita à transmissão cartesiana de conhecimento. Embora a falta de informação seja um entrave, a pura aquisição de conhecimento não é garantia de que o sujeito o considerará como verdade única e será feliz a partir do momento em que o adquirir.

Ampliando este conceito para além da questão sexual, o paciente pode ter muito a ganhar em seu processo de reabilitação como um todo, se o mesmo for planejado de forma

individualizada e baseado na escuta do sujeito. Isto pode ser pensado e proposto, na prática, por meio de grupos onde se ofereçam espaços para este sujeito falar além do discurso ensaiado, possibilitando formas de expressão que revelem o que está escondido, como grupos de expressão corporal, ou outros que abranjam dinâmicas por meio de empatia e encorajamento para que o sujeito fale e mostre à equipe o que realmente lhe é importante naquele momento de sua vida.

Cada pessoa simbolizará o conhecimento recebido a partir de sua vivência única e dará a ele o destino que lhe cabe dentro de sua estruturação subjetiva. Fica claro nessa perspectiva que não cabe um pacote pronto, um protocolo geral como uma receita de bolo para que todas as mulheres lidem com a lesão medular e sua vida sexual a partir dela. Cada uma construiu ao longo da vida o seu próprio conceito de sexualidade e feminilidade, e este pode, inclusive, significar a ausência da relação sexual em dado momento da vida.

O sujeito deve ser valorizado em suas particularidades e construtos, sendo o enfermeiro, apenas um auxiliar neste processo de resgate da autonomia. Um facilitador para que cada mulher, dentro do que considere a sua verdade, o seu modo de ser e de se cuidar, possa exercê-lo com respeito e dignidade.

Este é o cuidado clínico que queremos exercer, voltado para o sujeito, um corpo que traz inscrita uma história pessoal e um passado, não para uma queixa. Trata-se do cuidado que respeita cada um nas suas individualidades, certezas, dúvidas, seguranças e medos. Não se trata aqui do auto-cuidado ou do cuidado voltado exclusivamente para as necessidades vitais de higiene e alimentação, das necessidades chamadas humanas básicas. Porque, nesta perspectiva cada um considerará o que é básico ou vital para si.

É necessário entender que não desprezamos a importância dos cuidados em salvar vidas nas situações de urgência e emergência, ao contrário. Mas no processo de reabilitação, impera outro conceito, o do cuidado de si. É acima de tudo uma atitude para consigo mesmo e para com os outros, é o ocupar-se consigo mesmo, despertar para suas potencialidades, voltar-se para sua essência, assumir-se, transformar-se, construir sua subjetividade e descobrir a sua verdade. Não há, portanto, fórmulas ou protocolos para isso.

Este trabalho, logo, almeja contribuir à construção de um conceito de cuidado clínico de enfermagem que supera a visão altruísta e caridosa do cuidado. Pois aqui, ele não é considerado como algo que o enfermeiro, insuperável em seu saber, oferece-o ao sujeito como modo de alcançar sua felicidade e saúde. E sim, como uma construção, na qual o enfermeiro tem o papel de caminhar ao lado do sujeito, na busca da sua verdade.

Lamentamos, em nosso estudo, que esta técnica de expressão e construção coletiva de conhecimento não possa ser realizada com um grande número de pessoas, o que descaracterizaria o acolhimento e intimidade do grupo. Percebemos que a escuta do sujeito não se encerra aqui. São necessários mais estudos que abordem o sujeito como o centro do cuidado e peça importante na sua construção e despertem as equipes interdisciplinares para que, quando em situações diferentes da resolução de risco iminente à vida, centrem o seu olhar no sujeito e não apenas em suas queixas e protocolos de como resolvê-las.

REFERÊNCIAS⁵

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

ALVES, A.S.; GUEDES, M.H.D.; ALVES, V.L.R. Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. **Acta Fisiátrica**, v. 6, n. 1, p 6-9, 1999.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION INTERNATIONAL (ASIA); Medical Society of Paraplegia. **International standards for neurological classification of spinal cord injury**, 2002.

ANDERSON, KD ; BORISOFF, JF; JOHNSON, RD ; STIENS, SA ; ELLIOTT, SL. Spinal cord injury influences psychogenic as well as physical components of female sexual ability. **Spinal Cord**, v. 45, p. 349-59. 2007.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 1998. 295 p.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.spe, p.71-78, 2006.

BARBIERI, C. P. A masculina e o feminino: a difícil posição feminina. **Cogito**, v. 1, p. 23-27, 1996. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94791996000100005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2008.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**., v. 60, n. 5, p.546-51, out. 2007.

BARROS, S., OLIVEIRA, M. A. F. de; SILVA, A. L. A. e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. spe, p.815-19, dez. 2007.

BIRMAN, J. **Cartografias do feminino**. São Paulo: Ed. 34, 1999. 224 p.

⁵ Conforme preconizado pela NBR 6023/2002 e 14724/2005 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORIS, G. D. J. B.; CESÍDIO, M de H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 451-78, set. 2007.

BOULLOSA, J. L.R.; DIAS, L.A.A.; CARLOTTI JR, C. G.; COLLI, B. O. Traumatismos Raquimedulares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 4, p. 77-84, out.-dez. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Mundo Saúde**, v. 21, n. 1, p. 52-61, 1996.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de auto-cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p.152-157, 2006.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. de S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p.222-227, abr. 2006.

COELHO, E. de A. C.; FONSECA, R. M. G. S. da. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p.214-17, abr. 2005.

CORDÁS, T.A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 3, p. 168-173, 2006.

DEFINO, H.L.A. Trauma Raquimedular. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 388-400, out.-dez. 1999.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan.-abr. 2004.

DUARTE, D. A. do C.; EGUCHI, J. A. do S. O enigma do universo feminino. **Epistemo-somática**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 83-90, ago.-dez. 2007.

DUNKER, C. I. L. Teorias da sexualidade em psicanálise. **Psicologia Clínica**, v. 16, n. 1, p. 117-29, 2004.

FALAVIGNA, A. Traumatismo raquimedular: rotinas de atendimento e manejo. **Revista Científica da AMECS**, v. 6, n. 1, p.42-54, 1997.

FARIA, M. R. O que é uma mulher? Respostas clínicas ao problema do feminino. **Psychê**, São Paulo, ano 8, n. 13, p. 101-08, jan.-jun. 2004.

FARO, A.C.M. A disfunção sexual enquanto diagnóstico de enfermagem – características definidoras encontradas em lesados medulares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 29, n. 2, p. 166-72, 1995.

FARO, A.C.M.; CAMPEDELLI, M.C. Alterações da função sexual em homens paraplégicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 4, p. 74-81, 1991.

FERREIRA, M. de A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p.327-330, jun. 2006.

FERREIRO-VELASCO, M.E.; BARCA-BUYO, A.; BARRERA, S. S.; MONTOTO-MARQUE, A.; VÁZQUEZ, X.M; RODRÍGUEZ-SOTILLO, A.. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 43, p. 51-55, 2005.

FEROLLA, E.C.; LOURENÇO, C.L. Manual de Orientação sexual para o lesado medular – Metodologia de aplicação e resultados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 49, n. 2, p. 165-182, 1996.

FINK, B. **O sujeito lacaniano**: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 1998. 253 p.

FOOTE, J. E. Sex, Sexuality, and Fertility for Women with Spinal Cord Injury. **Top Spinal Cord Inj Rehabil**, v. 8, n. 3, p. 20–25, 2002.

FORGE, D.; BLACKMER, J.; GARRITTY, C.; YAZDI, F; CRONIN, V; BARROWMAN, N; FANG, M; MAMALADZE, V; ZHANG, L; SAMPSON, M; MOHER, D. Male erectile dysfunction following spinal cord injury: a systematic review. **Spinal Cord**, v. 44, p. 465–473, 2006.

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

FOUCAULT, M a. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

_____. b. A Hermenêutica do Sujeito. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. O nascimento da Clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1905.

_____. **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1932.

GARCIA, T.R. Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 6, n. 1/4, p. 39-42, 1993.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**: romance da história da filosofia. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GAUTHIER, J. Z. Trilando a vertente filosófica da montanha socioipoética – a criação coletiva de confetos e conceitos. In: SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J. Z.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. **Prática da Pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Série Atualização em Enfermagem, v. 3.

GAUTHIER, J. Z. A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética. **Revista Brasileira de Educação**, n. 25, p. 127-147, jan.-fev-mar.-abr. 2004.

GAUTHIER, J. H. M. **Sociopoética**: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Editora Escola Ana Nery/UFRJ, 1999.

GEBRIN, A.S., CRISTANTE, A. F., MARCON, R. M., DA-SILVA, C. F. ; BARROS Fº, T.E.P. Intervenções farmacológicas no trauma raquimedular: uma nova revisão terapêutica. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 5, n. 3, jul.-set. 1997.

GIANINI, P.E.S., CHAMLIAN, T. R. ARAKAKI, J. C. Dor no ombro em pacientes com lesão medular. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 14, n. 1, p. 44-47, 2006.

GONDIM, F.A.A.; OLIVEIRA, G.R.; RÔLA, F.H. Complicações clínicas de injúrias medulares. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 34, n. 2, p. 47-54, 1998.

GOMES, G. C., ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre –RS, v. 26, n. 1, p. 20-30, abr. 2005.

GOMES, M. E. A. **A Sexualidade das Mulheres Atendidas no PSF: uma produção sociopoética**. 2007. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

HEILBORN, M. L. ENTRE AS TRAMAS DA SEXUALIDADE BRASILEIRA. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, jan.-abr. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>Acesso, em 12 abr. 2007.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. spe, p.403-10, 2006.

LIMA, L.M. **O traumatismo raquimedular e sua repercussão no relacionamento conjugal**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2001.

LOPONTE, L. G. Sexualidades, artes visuais e poder: pedagogias visuais do feminino. **Estudos Feministas**, ano 10, p. 283-300, 2002.

LOURO, G. L. (Org). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed, Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 176p.

MAGALHÃES, S. C (Org). **O sujeito da psicanálise: topologia do sujeito, sujeito e discurso, clínica do sujeito, sujeito e gozo**. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2004. 142 p.: il.

MAROTTA, J.T. Lesões Medulares. In: ROWLAND, L. P. (Ed) **Merrit Tratado de Neurologia**. 10 ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002.

MATZAROGLOUA, C.; ASSIMAKOPOULOSB, K.; PANAGIOTOPOULOSA, E.;

KASIMATISA, G.; DIMAKOPOULOSA, P.; LAMBIRIS, E. Sexual function in females with severe cervical spinal cord injuries: a controlled study with the Female Sexual Function Index. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 28, n. 4, 2005.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; PELÁ, N. T. R. The sexuality of patients with onco-hematological diseases. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; v. 14, n. 2, p. 227-32, mar.-abr. 2006.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-7, mar.-abr. 2004.

NEVES, E. P.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare enferm.**, v.11, n.1, p.73-79, 2006.

NOGUEIRA, P.C.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V. J. Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, mai.-jun. 2006. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Brasília (DF); 1979 [**Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**; 1978, 6-12 set; Alma-Ata, URSS].

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 292-297, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf. Acesso em 08 dez., 2008.

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

PETIT, S. H.; GAUTHIER, J. Z.; SANTOS, I. dos; FIGUEIREDO, N. M. A. Introduzindo a Sociopoética. In: SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J. Z.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PETIT, S. H. **Prática da Pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Série Atualização em Enfermagem, v. 3.

PRADO, M. L. do; REIBNITZ, K. S.; GELBCKE, F. L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.296-302, jun. 2006.

PRANDINI, M.N.; FEDRANDES, M.R.; TELLA Jr, O.I. A reabilitação no paciente com lesão medular por traumatismo raquimedular. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 38, n.2/3, p. 06-11, 2002.

RIOS, E. R. G., FRANCHI, K. M. B., SILVA, R. M., AMORIM, R. F. ; COSTA, N. C. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):501-509, 2007

ROCHA, Z. Feminilidade e castração - seus impasses no discurso freudiano sobre a sexualidade feminina. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano 5, v. 1, p. 128-51, mar. 2002.

SALONIA, A.; MUNARRIZ, R.M.; NASPRO, R.; NAPPI, R.E.; BRIGANTI, A.; CHIONNA, R.; FEDERGHINI, F.; MIRONE, V. ; RIGATTI, P.; GOLDSTEIN, I. MONTORSI, F. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. **BJU International**, v. 93 , p. 1156 – 64, 2004.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I dos. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 148 - 158, 2005. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 01 mar. 2007.

SANTOS I dos. Sociopoética. Uma Ponte para o Cuidar / Pesquisar em Enfermagem. **Index de Enfermeria** [Index Enferm] (edição digital), v. 50, 2005. Disponível em <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/p5233.php>. Acesso em 01 mar. 2007.

SANTOS, I. dos; FIGUEIREDO, N.; SOBRAL, V.; TAVARES, C. Caring: building a new history of sensibility. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n.3, 2002. Disponível em <www.uff.br/nepac/objn103santosietal.htm>. Acesso em 01 mar. 2007.

SANTOS, I dos; OLIVEIRA, S.R.M.; CASTRO, C. B. Gerencia do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 393-400, jul.-set. 2006.

SIECZKOWSKI, H.H.C. Deficiência física e sexualidade. **Fisioterapia em movimento**, v. 10, n. 2, p 112-22, 1998.

SILVA, A. L.da ; RAMOS, T.R.O. As Linhas Epistemológicas do Conhecimento Científico. In: **11 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – 11 SENPE**, 2001, Belém – Pará. 11 Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem, 2001.

SILVA, G. A. **Independência Funcional de Pessoas Portadoras de Paraplegia em Programa de Reabilitação: resultados e fatores associados.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

SILVEIRA, L.C. **Do corpo sentido aos sentidos do corpo: sociopoetizando a produção de subjetividade.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

SIPSKI, M.L.; ALEXANDER, C.J.; GOMEZ-MARIN, O.; GROSSBARD, M.; ROSEN, R. Effects of vibratory stimulation on sexual response in women with spinal cord injury. **JRRD**, v. 42, n. 5, p. 609–616, sep.-Oct. 2005.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 2005. 245 p.

SUAID, H.J.; ROCHA, J. N.; MARTINS, A. C. P.; COLOGNA, A. J.; SUAID, C. A.; RIBEIRO, A. G. B.; SALZEDAS, P. L. Abordagem pelo urologista da sexualidade do lesado raquimedular. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 17, n. 3, p 41-3, 2002.

TARICCO, M. A. Etiologia das Lesões Medulares. In: GREVE, J. M. D.; CASALIS, M. E. P.; BARROS Fº, T. E. P. **Diagnóstico e Tratamento da Lesão da Medula Espinhal.** São Paulo, Rocca: 2001.

TEIVE, H.A.G., ZONTA, M.; KUMAGAI, Y. Tratamento da espasticidade: uma atualização. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 852-858, 1998.

TEIXEIRA, E.R.; FIGUEIREDO, N.M. A. de. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo:** uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói, Rio de Janeiro, Ed. UFF, 2001.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

UTCHITEL, A. M. Considerações sobre uma escuta que nunca é desavisada: sobre a relação entre as concepções psicanalíticas acerca da feminilidade e o fazer clínico do analista. **Estudos Psicanalíticos**, Belo Horizonte , n. 28, set. 2005.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, ROSA FERREIRA; CASTRO, ODAIR PERUGINI DE; VION-DURY, KIM; RUSCHEL, ÂNGELA; COUTO, MARIA CLARA PINHEIRO DE PAULA; COLOMBY, PATRICK DE; GIAMI, ALAIN. A sexualidade no processo do

envelhecimento: novas perspectivas-comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004.

VENTURINI, D. A.; DECESARO, M. N.; MARCON, S. S. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre –RS, v. 27, n. 2, p. 219-229, jun. 2006.

VICENTE, S. Amor louco. **Cogito**, v. 8, p.27-31, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov., 2008.

VIEIRA, A. B. D.; ALVES, E. D.; KAMADA, I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.17-25, mar. 2007.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador: Deyse Cardoso de Oliveira, Enfermeira do Centro de Reabilitação Sarah – Fortaleza.

Título da Pesquisa: **A LESÃO MEDULAR E SEU VÍNCULO COM A SEXUALIDADE FEMININA: REFLEXÕES PARA O CUIDAR CLÍNICO EM ENFERMAGEM.**

Eu, Deyse Cardoso de Oliveira, Enfermeira do Centro de Reabilitação Sarah – Fortaleza, pretendo desenvolver uma pesquisa intitulada **A LESÃO MEDULAR E SEU VÍNCULO COM A SEXUALIDADE FEMININA: REFLEXÕES PARA O CUIDAR CLÍNICO EM ENFERMAGEM**, com as mulheres atendidas na citada unidade com o objetivo de obter o grau de mestre. Por meio desta pesquisa pretendo construir conceitos sobre a sexualidade de mulheres com lesão medular a partir de suas crenças, seus valores e dentro de um ambiente de confiança e respeito. Serão realizadas oficinas em grupo, chamados grupo-pesquisadores, onde realizaremos procedimentos de produção artística e, também, discutiremos sobre o tema. Os encontros dos grupos-pesquisadores serão repetidos de acordo com a negociação feita entre as duas partes. Acredito que o resultado desta pesquisa será grande auxiliar na assistência a mulheres com lesão medular no que diz respeito à sexualidade. As falas de alguns encontros serão gravadas em gravador digital do tipo MP3 Player portátil. Quanto aos direitos de cada sujeito da pesquisa fica estabelecido que: as informações produzidas nas oficinas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa; as informações ficarão em sigilo e o anonimato será preservado; há liberdade de desistência, a qualquer momento, da participação na pesquisa; em nenhum momento haverá prejuízo financeiro ou de atendimento nesta instituição; não haverá despesas nem compensações financeiras relacionadas à participação na pesquisa e caso necessário, será fornecido suporte emocional pelo psicólogo responsável do Programa do Lesado Medular referente às alterações que ocorrerem em consequência desta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo as pacientes terão acesso aos profissionais envolvidos nesta pesquisa. Em caso de esclarecimento, poderá ser realizado contato com a pesquisadora responsável: Enfermeira Deyse Cardoso de Oliveira, pelo telefone (085) 3499. 4999, de segunda a sexta de 9 às 18h.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo acima. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a suporte emocional, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura da paciente

Assinatura do responsável pelo estudo – Deyse Cardoso de Oliveira

Fortaleza, ____/____/____

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA

SARAH	
RUE SARAEM PER AQUILANO DE BRASILIACAO ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SUZANAS	
Projeto de Pesquisa / Trabalho Científico: Confirme CI 832004, ou trabalho científico sobre a enfermagem na Contê de Avaliação de Trabalho Científico com mais antes da data estabelecida pelo evento ou período.	
Título do Projeto de Pesquisa / Trabalho Científico: A LESÃO MENTAL E O VINCULO COM A SEXUALIDADE FEMININA; REFLEXÕES PARA O CUIDAR CLÍNICO EM ENFERMAGEM.	
Previamente submetido à avaliação dos Comitês? ☐ Sim ☒ Não	
DO(S) AUTORE(S)	
Nome:	DEYSE CARDOSO DE OLIVEIRA
Cargo:	Enfermeiro
Admissão:	04/10/2002
Matrícula:	8119
Unidade:	FORTALEZA
Tel./ramal:	RS-3490-4809
Área:	ENFERMAGEM
Nome:	
Cargo:	
Admissão:	
Matrícula:	
Unidade:	
Tel./ramal:	
Área:	
Nome:	
Cargo:	
Admissão:	
Matrícula:	
Unidade:	
Tel./ramal:	
Área:	
DO PROJETO DE PESQUISA / TRABALHO CIENTÍFICO	
O trabalho científico deverá ser anexado a este formulário, na íntegra. As normas estabelecidas pelo periódico ao qual o artigo será enviado deverão ser seguidas. Solicita-se que uma cópia dessas normas seja anexada ao texto. Caso não haja uma norma definida, deve-se seguir a estrutura contida em: IMRO – Introdução, Métodos, Resultados e Discussão*, acrescentando-se o resumo abstratizado. *Os itens Resultados e Discussão não precisam ser preenchidos nos casos de Projetos de Pesquisa.	
DA REALIZAÇÃO	
Projeto de Pesquisa	
Exigência de curso de pós-graduação (assua declaração se matrícula no curso)	
Nome da Instituição de Ensino Superior:	
Curso:	
Publicação Periódico:	
Apresentação de trabalhos em eventos externos	
Nome do evento (por extenso):	
Data:	
Local:	
Tipo de apresentação:	

[illegible]