



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - DOUTORADO EM
PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE
PREVENÇÃO E DA SAÚDE COLETIVA

SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PARAPLEGIA: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

JOSÉ ANDRADE COSTA FILHO
JOÃO PESSOA
AGOSTO, 2017

JOSÉ ANDRADE COSTA FILHO

**SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PARAPLEGIA: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba como requisito para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social, por Jose Andrade Costa Filho, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Maria da Penha de Lima Coutinho.

JOÃO PESSOA

AGOSTO, 2017

Catálogo na publicação
Setor de Catalogação e Classificação

C837a Costa Filho, José Andrade.
Sexualidade no contexto da paraplegia: um estudo das
representações sociais / José Andrade Costa Filho. - João Pessoa,
2017.
166 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Maria da Penha de Lima Coutinho.
Tese (Doutorado) – UFPB/CCHLA

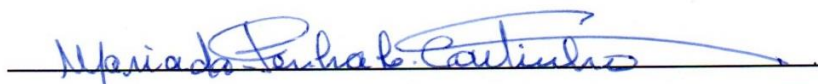
1. Psicologia social. 2. Representações sociais - Sexualidade.
3. Paraplegia. I. Título.

UFPB/BC

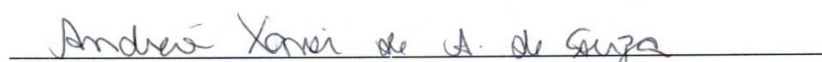
CDU – 316.6 (043)

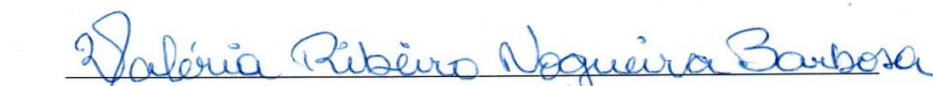
**SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PARAPLEGIA: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

BANCA AVALIADORA:


Prof^a. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho – Orientadora – UFPB

Prof^a. Dr^a. Patrícia Nunes da Fonsêca – Membro Interno – UFPB


Prof^a. Dr^a Andreia Xavier de Albuquerque – Membro Externo – UEPB


Prof^aDr^a Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa – Membro Externo – UEPB

Prof^aDr^a. Ianny Cavalcanti da Silva Barros – Membro Externo - IESP

JOÃO PESSOA

AGOSTO, 2017

DEDICATORIA

**A CARMEN SANDRA DE ANDRADE
BARROS**, pelo seu bem querer e sua dedicação a
minha pessoa, nem mesmo o céu, nem as estrelas,
nem mesmo o mar e o infinito, não é maior nem
mais bonito, que o meu amor por você.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora **Dr^a MARIA DA PENHA DE LIMA COUTINHO**, pelos ensinamentos acadêmicos e principalmente por me ensinar na sua humildade a respeitar e valorizar o ser humano, exemplo de como se colocar no lugar do outro respeitando sua individualidade e acima de tudo pela compreensão do tempo de despertar de cada pessoa que caminha ao seu lado. Suas orientações não são apenas acadêmicas, mas são lições de afetividades, carinho e amor. Meu sincero agradecimento pela brilhante orientação e pela confiança em mim depositada.

A professora **Dr^a PATRICIA NUNES DA FONSÊCA**, leitora deste trabalho pela disponibilidade, contribuições feitas com eficiência, paciência e dedicação e pelo conhecimento socializado.

As minhas irmãs e segundas mães, **IGAURIA ANDRADE DO AMARAL** e a **MARIA DA PAZ ANDRADE**, pela dedicação, atenção e bem querer dispensado a minha pessoa, a minha gratidão é eterna.

A minhas sobrinhas **TELMA** e **TANIA**, grato pelo acompanhamento quando mais precisei, palavras não pagam a minha gratidão.

A **ROSBOSN ANTÃO DE MEDEIRO**, amigo/irmão/anjo da guarda, imprescindível na minha existência.

A **CLARA REGINA**, por ter dedicado parte do seu tempo a cuidar de mim.

Aos meus sobrinhos **AMARAL, BETO, CECILIA E SUELI** pela atenção e convivência.

A **THAYRO E RAQUEL**, amigos que o doutorado me presenteou, que se tornaram parte da minha família e que foram essenciais nesta caminhada acadêmica.

A **KATIA SUELI QUEIROZ E SILVA** e **SOCORRO BARBOSA**, amigas /irmãs pelos laços afetivos essenciais para minha existência.

A **ELIETE QUEIROZ GURJÃO E SILVA**, minha mãe de coração e mãe intelectual.

Aos colegas do núcleo de pesquisa **ANA CRISTINA, ADRIELE, JAQUELINE** pela amizade e contribuições silenciosas e preciosas nas tardes de reuniões

A **LIDIANE, EMERSOM, FABRYCIANNE** e **KARLA** por contribuírem para este trabalho e me ajudarem nos *software* e me introduzirem num mundo antes desconhecido por mim.

A **ANA CRISTINA RABELO LOUREIRO**, pela contribuição com os textos e pela nossa amizade e incentivo.

A **ELLIS REGINA**, pelo cuidado, atenção e preocupação diária com minha pessoa.

Aos amigos **JADER, ARNALDO, AFONSO, LAERCIA, CAROL, ALEXANDRE SERGIO** e **VERONICA**, pelos momentos vividos e pelo carinho demonstrado.

As professoras **Dr^a PATRICIA NUNES DA FONSÊCA, Dr^a ANDREIA XAVIER DE ALBURQUERQUE, Dr^a IANNY CAVALCANTI DA SILVA BARROS** e **Dr^a VALERIA RIBEIRO NOUGUEIRA BARBOSA**, pela disponibilidade, dedicação, contribuições e conhecimento compartilhado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 01: CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	29
CAPITULO 02. DEFICIÊNCIA FÍSICA, LESÃO MEDULAR E SUA RELAÇÃO COM A SEXUALIDADE.....	46
2.1 CARACTERÍSTICAS ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA LESÃO MEDULAR/PARAPLEGIA	62
2.2 SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA FÍSICA	68
CAPÍTULO 03. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	78
3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE E LESÃO MEDULAR.....	97
CAPÍTULO 04. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	103
4.1 Tipo de Estudo	104
4.2 Participante	104
4.3 Lócus de Pesquisa	104
4.4 Instrumentos.....	105
4.5 Procedimentos Ético e de coleta de Dados.....	106
4.6 Procedimento de Análise dos Dados.....	Erro! Indicador não definido.
CAPÍTULO 05. RESULTADOS E DISCUSSÕES	110
5.1 Resultados advindos da entrevista semiestruturada	119
5.2 Tratamento padrão do Alceste	120
5.3 Associação livre de palavras (ALP).....	127

5.4 Análise das respostas dos profissionais de saúde.....	124
5.5.Classificação Hierárquica Descendente.....	128
5.6 Análise de Similitude.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXOS.....	155

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes com Paraplegia.....108

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos profissionais de saúde.....125

Lista de Figuras

Figura 1. Definições de tipos de deficiência.....	53
<i>Figura 2. Corte Transversal da Medula.....</i>	<i>59</i>
<i>Figura 3. Coluna Vertebral.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 4. Repartições das UCEs.....</i>	<i>112</i>
<i>Figura 5. Dendograma com Classificação Hierárquica Descendente.....</i>	<i>113</i>
Figura 6. Plano fatorial de correspondência das Representações Sociais acerca da Sexualidade de Pessoas com Paraplegia.....	120
<i>Figura 7. Dendograma com a Classificação Hierárquica Descendente do IRAMUTEC..</i>	<i>129</i>
<i>Figura 8. Classificação por similaridade do IRAMUTEC.....</i>	<i>134</i>

Lista de siglas

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

ALCESTE –Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CHD -Classificação Hierárquica Descendente

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CORDE – Coordenação Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência

EHESS – École de Hautes Études em Sciences Sociales

F1 – Fator 1

F2 – Fator 2

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PcD – Pessoas com Deficiência

PNE – Pessoas com Necessidades Especiais

PPD – Pessoas Portadoras de Deficiência

SPSS – Statistical Package For Social Scences

SUS – Sistema Único de Saúde

TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

U.C.E. – Unidade de Contexto Elementar

U.C. I. – Unidade de Contexto Inicial

UPIAS – Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação

RESUMO

Partindo da premissa que a sexualidade sempre adquiriu conotações diversas, em conformidade com os significados e os sentidos que lhe foram e são atribuídos pela cultura, o termo sexualidade ora se relaciona à atividade sexual (biológico) ora ao papel de gênero, influenciando o modo de ser dos indivíduos socialmente. A sexualidade é construída a partir do conjunto de instituições sociais, culturais, históricas e discursivas mediada pelo dispositivo do saber – poder, uma vez que a relação de poder gera normas, controle e vigília sobre em que determinada época é considerado certo e normal. O corpo e a sexualidade ganham sentido por que existem nas sociedades e são por elas fabricados, onde os discursos são responsáveis por regular e normatizar os comportamentos sexuais em determinada época e contexto. O corpo deficiente sempre foi visto como negativo em todo transcorrer da história, por não corresponder as exigências mínimas para a cooperação social e para as atividades requeridas ao trabalho, neste sentido as determinações históricas, econômicas, sociais e culturais, se inscrevem no contexto da paraplegia, pois, a mesma se caracteriza como um tipo de deficiência que atinge a perda das funções motoras e da sensibilidade das pernas. No que se refere à sexualidade, o desejo na pessoa paraplégica pode sofrer alterações principalmente em decorrência de questões psicológicas e sociais, não negando a existência de problemas orgânicos. Neste sentido, esta tese tem como objetivo geral apreender as representações sociais das pessoas com paraplegia acerca da sua sexualidade. Trata-se de um estudo de campo de caráter multimétodo respaldado pela Teoria das Representações Sociais, tendo como *lócus* uma clínica pública, conveniada com o SUS, consultórios de clínicas particulares e postos de saúde todos inseridos na cidade de Campina Grande. Para acesso aos participantes, fez-se uso da metodologia Snowball (bola de neve). A amostra foi composta de 60 participantes, destes 40 eram pessoas diagnosticadas com paraplegia e 20 profissionais da saúde, de ambos os sexos (Masculino = 35; Feminino = 25) entre 22 e 57 anos. Como instrumento de coleta foram utilizados um Questionário Biossociodemográfico, Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e uma entrevista semiestruturada, os dados provenientes do primeiro instrumento foram processados pelo *Software* SPSS 19.0 e analisados pela Estatística Descritiva; as narrativas advinda das entrevistas dos participantes com paraplegia foram acionadas pelo software *Alceste* analisadas pela classificação hierárquica descendente (CHD), as dos profissionais foram processadas pelo *software* *Iramutece* avaliadas pela CHD, acrescida pela análise de similitude; as palavras oriundas da TALP foram processadas pelo Tri-deux-mots e analisadas pela Análise Fatorial de Correspondência. Os resultados apontam em relação ao perfil das pessoas paraplégicas uma média de idade de 31,78 anos ($DP = 8,63$), predominância do sexo masculino (70 %), escolaridade (50%) cursaram o Ensino Fundamental, 37,5 % Ensino Médio e 12,5 Ensino Superior, estado civil, solteiro (77%); 80% apresentam como causa a paraplegia adquirida, tendo como causa maior acidentes automobilísticos (55%) e como nível neurológico principal a lombar (65%). O perfil dos profissionais de saúde predominância do sexo feminino (65%); tempo de formado entre 11 – 15 anos (45%) fisioterapeutas e psicólogos (35 % respectivamente) e que não falam sobre sexualidade com seu pacientes (70%). As Representações Sociais das pessoas com paraplegia acerca da sua sexualidade estão relacionada a notória resignificação da mesma, diferenciando sexo e sexualidade, esta última como um conceito mais amplo, que envolve relacionamento entre duas pessoas, atração, carinho, prazer e envolvimento sexual, onde o sexo não está relacionado apenas ao prazer genital, também ligada a atração, desejo, ao feminino e ao masculino, no sentido de encontrar o amor. Neste sentido a sexualidade refere-se a uma pessoa como um todo, seus pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos com relação a própria pessoa e aos outros., não

deixando de levar em consideração a historicidade de cada um, pois esta compreensão subjetiva da sexualidade diz respeito a vivencia emocional, não podendo deixar de ser mediada pela sociedade, onde as pessoas com paraplegia depende do processo de socialização, experimentação, esclarecimento e informações a respeito de viverem a sua sexualidade. Os profissionais de saúde contiveram suas representações a cerca da sexualidade relacionadas também a um sentido mais amplo porem caracterizaram o aspecto fisiológico com determinante da mesma. Conclui-se que a referida tese pode contribuir para melhor qualidade de vida e melhor inclusão no ambiente social no qual está inserido, abolindo o preconceito, demonstrando que as pessoas com paraplegia são capazes de compartilhar dos direitos e deveres sociais e de usufruírem de uma sexualidade ampla.

Palavras – Chaves: Sexualidade, Representações Sociais, Paraplegia

ABSTRACT

Starting from the premise that sexuality always acquired several connotations, in accordance with the meanings and senses that have been and are assigned by the culture, the term sexuality now relates to sexual activity (Biological) now the gender role, influencing the way of being of individuals. Sexuality is constructed from the set of social institutions, cultural, historical and discursive mediated by the device of knowledge-power, since the relationship of power raises standards, control and vigil over at that time is considered okay and normal. The body and sexuality WINS sense why there are in society and are manufactured by them, where the speeches are responsible for regulating and standardizing the sexual behaviours in particular time and context. The disabled body always was seen as negative at all during the story, does not meet the minimum requirements for social cooperation and for the activities required to work in this sense historical determinations, economic, social and cultural rights, outside the context of paraplegia, because the same is characterized as a type of disability that affects motor functions and loss of sensation in the legs. With regard to sexuality, desire in paraplegic person can suffer changes mainly due to psychological and social issues, not denying the existence of organic problems. In this sense, this thesis aims to seize the general social representations of people with paraplegia about your sexuality. It is a field of study multimétodo character backed by the theory of social representations, with *locus* a public clinic, partnership with the SUS, offices of private clinics and health centers all entered in the city of Campina Grande. For access to participants, there was a Snowball methodology. The sample was composed of 60 participants, these 40 were people diagnosed with paraplegia and 20 health professionals, of both sex (male = 35; Female = 25) between 22 and 57 years. As an instrument of a questionnaire were used Biossociodemografico collection, free association of Words (TALP) and a semi-structured interview, the data from the first instrument were processed by the *Software* SPSS 19.0 and analyzed by descriptive statistics; the narratives from the interviews of the participants with paraplegia were triggered by *Alceste* software and analyzed by hierarchical classification descente (CHD), the professionals were processed by *Iramutec software* and evaluated for CHD, plus the analysis of similarity; the words coming from the TALP were processed by the Tri-deux-mots and analyzed by factor analysis. The results point in relation to the profile of the paraplegic people an average of age of 31.78 years ($SD = 8, 63$), male predominance (70%), education (50%) attended elementary school, 37.5% and 12.5 higher education, marital status, single (77%); 80% present as cause paraplegia gained, with greater cause auto accidents (55%) and as main neurological lumbar level (65%). The profile of health professionals female predominance (65%); time of 11-15 formed between years (45%) physiotherapists and psychologists (35% respectively) and you don't talk about sexuality with your patients (70%). The social representations of people with paraplegia about your sexuality are related to notorious re-meaning the same, sex and sexuality, the latter as a broader concept, which involves the relationship between two people, attraction, love, pleasure and sexual involvement, where sex is not related only to the genital pleasure, also linked to attraction, desire, the female and the male in order to find love. In this sense the sexuality refers to a person as a whole, their thoughts, feelings, attitudes and behaviours with respect to themselves and to others, while taking into consideration the historicity of each, because this subjective understanding of sexuality relates to experience emotional and could not fail to be mediated by society, where people with paraplegia depends on the process of socialization, experimentation, clarification and information about living your sexuality. Health workers contained their representations about the sexuality related also to

a broader sense however characterized the physiological aspect with determinant of same. It is concluded that this thesis may contribute to better quality of life and better inclusion in the social environment in which it is inserted, abolishing the bias, showing that people with paraplegia are able to share the rights and social duties and enjoying a sexuality.

Key Words: Sexuality, Social Representations, Paraplegia

RESUMEN

A partir de la premisa de que la sexualidad siempre adquiere varias connotaciones, de acuerdo con los significados y sentidos que han sido y son asignados por la cultura, la sexualidad del término ahora refiere a actividad sexual (biológicas) ahora el rol de género, que influyen en la manera de ser de las personas. Sexualidad se construye desde el conjunto de instituciones sociales, cultural, histórico y discursivo mediada por el aparato de poder de conocimiento, ya que eleva el nivel de la relación de poder, controlan y vigilia sobre en momento se considera normal y aceptable. El cuerpo y la sexualidad gana sentido por qué hay en la sociedad y se fabrican por ellos, donde los discursos son responsables de regular y estandarizar las conductas sexuales en particular tiempo y contexto. El cuerpo con discapacidad siempre fue visto como negativo en absoluto durante la historia, no cumple con los requisitos mínimos para la cooperación social y para las actividades necesarias para trabajar en este sentido histórico determinaciones económicas, derechos sociales y culturales, fuera del contexto de la paraplejia, ya que el mismo se caracteriza como un tipo de discapacidad que afecta a la motricidad y pérdida de sensibilidad en las piernas. Con respecto a la sexualidad, deseo en persona parapléjicas puede sufrir cambios debido principalmente a problemas psicológicos y sociales, sin negar la existencia de problemas orgánicos. En este sentido, esta tesis pretende apoderarse de las representaciones sociales generales de las personas con paraplejia acerca de su sexualidad. Es que un campo de estudio multimétodo personaje respaldado por la teoría de las representaciones sociales, con el *lugar geométrico* de una clínica pública, asociación con el SUS, oficinas de clínicas privadas y centros de salud entrados en la ciudad de Campina Grande. Para acceder a los participantes, hubo una metodología Snowball (bola de nieve). La muestra se compone de 60 participantes, estas 40 personas diagnosticadas con paraplejia y 20 profesionales de la salud, de ambos sexo (hombre = 35; Mujer = 25) entre los 22 y 57 años. Como instrumento un cuestionario utilizado Biosociodemografico colección, libre asociación de palabras (TALP) y una entrevista semiestructurada, los datos del primer instrumento fueron procesados por el Software SPSS 19.0 y analizados mediante estadística descriptiva; los relatos de las entrevistas de los participantes con paraplejia fueron provocados por software *Alceste* y analizados por clasificación jerárquica descentre (CHD), la profesionales fueron procesados por el *software Iramutecy* evaluados para enfermedad coronaria, además el análisis de similitud; las palabras de la TALP fueron procesadas por el Tri-deux-mots y analizadas por análisis factorial. Los resultados señalan en relación con el perfil de las personas parapléjicas un promedio de edad de 31,78 años ($SD = 8,63$), predominio masculino (70%), educación (50%) asistió a la escuela primaria, 37,5% y 12,5 de educación superior, estado civil, solo (77%); 80% presente como causar paraplejia ganó, con una mayor causa de accidentes de auto (55%) y como nivel lumbar neurológica principal (65%). El perfil de predominio femenino de profesionales de la salud (65%); tiempo de 11-15 entre fisioterapeutas de años (45%) y psicólogos (35% respectivamente) y no habla de sexualidad con sus pacientes (70%). Las representaciones sociales de las personas con paraplejia acerca de su sexualidad se relacionan con notorio volver a decir lo mismo, sexo y sexualidad, este última como un concepto más amplio, que involucra la relación entre dos personas, atracción, amor, placer y participación sexual, donde sexo no está relacionado sólo con el placer genital, también ligada a la atracción, el deseo, la mujer y el hombre para encontrar el amor. En este sentido la sexualidad se refiere

a una persona como un todo, sus pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos con respecto a sí mismos y a otros, teniendo en cuenta la historicidad de cada uno, porque esta comprensión subjetiva de la sexualidad se relaciona con la experiencia emocional y no podía dejar de ser mediado por la sociedad, donde gente con paraplejia depende del proceso de socialización , experimentación, aclaración e información de vive tu sexualidad. Trabajadores de la salud contienen sus representaciones sobre la sexualidad relacionados con también a un sentido más amplio sin embargo caracteriza el aspecto fisiológico con determinante de la misma. Se concluye que esta tesis puede contribuir a mejorar calidad de vida y mejor inserción en el entorno social en el que se inserta, abolición de los prejuicios, mostrando que las personas con Paraplejía son capaces de compartir los derechos y deberes sociales y disfrutar de una sexualidad.

Palabras clave: Sexualidad, Representaciones sociales, Paraplegia

A concepção da sexualidade está sempre acoplada ao contexto sócio-histórico, político e religioso, variando de cultura para cultura ou de sociedade para sociedade. O homem enquanto ser social sente a necessidade de estabelecer regras de convivência, que favoreça o contato a nível pessoal e interpessoal, nomeadamente no que tange as relações afetivas e sexuais.

Ao se observar o processo histórico da humanidade percebe-se há tempos que a sexualidade e a deficiência física permeiam as relações humanas, podendo inferir a geração de conflitos de idéias, pois a relação entre estas duas vertentes são construídas socialmente, tanto a respeito do que seja conceituar sexualidade assim como definir deficiência, pois se tratam de conceitos que se modificam de geração para geração e de sociedade para sociedade e, por conseqüências, tornam-se traços marcantes na existência humana, pois a relação entre estas duas vertentes são construídas socialmente e se revelam no corpo de cada indivíduo.

Segundo Maia (2010), o sexo muitas vezes é utilizado como um conceito isolado e determinista, relacionado à reprodução e à diferença orgânica entre os sexos, isolado da cultura.. No entanto, o conceito de sexualidade é mais amplo, está relacionado a sociedade, espaço no qual o indivíduo está inserido e envolve também a intencionalidade humana, a expressão, a vivência dinâmica das condutas sexuais e dos relacionamentos afetivo-sexuais, indo além do instinto sexual, pois compreende questões como: prazer, afetividade, dimensão social, erotismo, elementos estes que sofre influencia do contexto sócio-histórico.

Tendo em vista o caráter polissêmico que a conceituação da sexualidade assume nos nossos dias e desmitificando a concepção restrita de que a sexualidade está relacionada ao ato sexual, a reprodução ou perpetuação da espécie a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) preconiza que a sexualidade possui um sentido mais amplo, que não envolve

apenas o aspecto bio-fisiológico, mas que se encontra relacionada a elementos que dão sentido e significado a existência humana, havendo, portanto, uma integração de sentimentos, necessidades, desejos atitudes e comportamentos não só em relação ao próprio indivíduo como também as outras pessoas.

Para Guimarães (1995) faz-se necessário diferenciar sexo de sexualidade:

Sexo é relativo ao fato natural, hereditário, biológico, da diferença entre homem e mulher e a atração de um pelo outro para a reprodução. No mundo moderno o significado dominante do termo passa a se fazer sexo, referindo-se as relações sexuais para o prazer sexual. “No senso comum sexo é “relação sexual”, “orgasmo”, órgão genital”, “pênis”. Enquanto, sexualidade é um termo mais amplo do que sexo, pois incorpora a reflexão e o discurso sobre o sentido e a intencionalidade do sexo. É um substantivo abstrato que se refere ao “ser sexual”. Comumente é entendido como: “vida”, amor”, “relacionamento” “sensualidade”, “erotismo”, “prazer” (p. 23-24).

Schweir e Hingsburger (2007) comungam também deste pensamento, da necessidade de diferenciar estes dois termos:

A sexualidade é a integração de sentimentos necessidades e desejos, numa única na pessoa que expressa masculinidade ou feminilidade. Sexo pode simplesmente significar gênero, quando se é macho ou fêmea, mas pode também representar o ato físico da relação sexual. Sexualidade, por outro lado, refere-se realmente a pessoa como um todo, seus pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos em relação a si mesmos e aos outros (p. 2).

Assim como a sexualidade outro construto que causa grande equívoco e o conceito de deficiência, uma vez que o mesmo é construído social e, portanto moldado segundo as normas de cada sociedade.

Ao fazer referência à deficiência física, percebe-se que um grande número de pessoas é acometido todos os anos, tendo seus direitos de cidadão cruelmente desrespeitados, unicamente por não se enquadrarem dentro do que a sociedade determina como seres normais sejam pelo padrão de beleza ou de estética corporal, onde as pessoas com deficiência física sofrem de forma drástica os efeitos desses padrões na vivência social e na percepção do seu próprio corpo.

Segundo Maia (2003; 2006a) a relação entre sexualidade e deficiências tem sido objeto de diversos estudos, tais como: Aloisi -Lipp (1988), Brasil (2004) França - Chaves (2005), França-Ribeiro (2002),Maia (2001), Maia (2005), Maia - Ribeiro (2009), Maia – Ribeiro(2010), Silva(2006), e Silva - Albertini (2007);nesses estudos os autores não especificam o tipo de deficiência dos participantes, mas focalizam nos problemas orgânicos em detrimento das questões psicológicas e sociais, embora não se possa negar a relevância desses aspectos na condição de vida da pessoa deficiente.

Necessário se faz um estudo onde as questões psicossociais sejam identificadas e estudadas, no sentido de uma melhor compreensão desse sujeito com deficiência física, no caso deste estudo, especificamente a paraplegia uma vez que a mesma atinge em sua maioria uma população de jovens em pleno gozo de suas atividades sociais e laborais.

Partindo deste princípio, a sexualidade e a deficiência não podem ser vista de formas isoladas, mas sim como manifestações particulares numa mesma pessoa, pois, negar à sexualidade as pessoas com deficiência física, é adotar de certo modo a doutrina religiosa do século XIX que considerava as pessoas com deficiência “possuídas pelo demônio”, sendo muitas vezes condenada à morte (Campos, 2007).

Neste sentido, visão de que a pessoa com deficiência física é assexuada, que não possui os mesmo desejos, necessidades e capacidades de uma pessoa dita normal. Esta percepção esta vinculada a valorização e culto ao corpo que a sociedade contemporânea

tem dado, no sentido de almejar um corpo ou um padrão estético ideal, onde as pessoas com deficiência física geralmente não se enquadram neste modelo de normalidade corporal que a sociedade impõe.

Sexualidade e deficiência física dispensam quaisquer pretensões ao reducionismo, seja ele biológico, físico, psicológico ou social, pois se deve partir da concepção de que o ser humano existe enquanto ser Bio – Psico – Histórico – Social, onde a visão isolada de um desses construtos valorizará as debilidades e não as capacidades das pessoas com deficiência física, justamente porque é necessário se perceber este ser humano na sua totalidade buscando aquilatar suas potencialidades e sua auto-estima.

A sexualidade é inerente a todo ser humano, e mesmo sendo inegável que as diferenças ocorram na exteriorização da atividade sexual, é apenas nesta dimensão que se detecta tal realidade, portanto, neste sentido, ser deficiente físico não é sinônimo de ser assexuado. A dificuldade em lidar com a possibilidade de que uma pessoa com deficiência física possa vir ter desejos sexuais, chega a ser inoportuno. Todavia esquece - se que a relacionamento sexual não esta restrito apenas a área genital.

Isto posto, percebe - se que as questões psicológicas e sociais são relevantes para explicar as dificuldades das pessoas com deficiência, principalmente na esfera da sexualidade. Tais dificuldades ficam claras nas interlocuções dessas mesmas pessoas, uma vez que estão ligadas á imagem do corpo, aos padrões de beleza, a capacidade de soluções de parceiros e as expectativas sobre a vida afetiva e sexual.

Aliada as complicações relacionadas ao corpo, à funcionalidade, a saúde e aos padrões de estética, a deficiência também pode está associada ao fenômeno da exclusão onde é vista como algo indesejado que viola a integração social produtivista e competitiva. Neste caso, passa a ser uma dificuldade para a pessoa deficiente ser incluída no mercado de trabalho, assim como nos seus relacionamentos afetivos.

Neste contexto, abordar sobre a deficiência não é fácil, trata-se de um tema complexo, multifacetado com concepções culturalmente diferenciadas, principalmente aquelas que envolvem lesão medular (paraplegia), onde os padrões de beleza e estética corporal ganham sentido. Segundo Louro (2007) os corpos possuem significados por que existem nas sociedades e são por elas fabricados. Neste sentido para Foucault (2002), a representação do corpo é construída a partir do conjunto das instituições sociais, culturais e históricas.

Tendo em vista as diferentes interpretações sobre o conceito deficiência físicas, necessário se faz definir o que vem a ser a Paraplegia, objeto de estudo desta pesquisa. Segundo o Dicionário de Termos Médicos (2014) o conceito de paraplegia, advém de:

Paraplegia –PARA do grego PLEGÉ = pancada, golpe desastre e IA, se refere a uma paralisia completa dos membros inferiores e, geralmente também da parte inferior do tronco. Quando a paraplegia ataca os membros superiores denomina-se paraplegia braquial ou superior e quando atinge os quatros membros, designa-se tetraplegia (www: <URL: <http://www.infopedia.pt/termos-medicos/paraplegia>>).

Segundo o Dicionário de Termos Médicos (2014) as causas mais comuns da paraplegia são traumatismos, tumores, doenças degenerativas que atingem o aparelho locomotor, má formação congênita, óssea, muscular ou do sistema nervoso, todas as lesões medulares, amputações e problemas ortopédicos incapacitantes.

Sendo deficiência um construto socialmente elaborado por um grupo de pertença, no qual o individuo está inserido, assim como a sexualidade, ambos merecem uma análise da Psicologia social, especificamente sob o olhar da Teoria das Representações Sociais, uma vez que esta abordagem evoca e elabora um conhecimento construído por um grupo

de pertença (pessoas com paraplegia) acerca de sua sexualidade, principalmente no que se referem às crenças, atitudes e valores que envolvem estes fenômenos.

Segundo Moscovici (2012a), as representações sociais são:

Um sistema de valores e praticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, se, ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua historia individual e social (p.21).

Por ser algo complexo, a sexualidade precisa ser compreendida sob um olhar que não a limite apenas aos seus aspectos biológicos, mas também, os sociais e psicológicos que estão relacionados com as vivencias sexuais. Atentar para as representações sociais da sexualidade é compreender o real significado deste fenômeno para as pessoas com deficiência física, analisando os mitos e os preconceitos que envolvem este processo e o comportamento dos deficientes no que se refere às suas vivencias sexuais. Sendo assim, tal estudo ajudará a compreender a relação existente entre a sexualidade e a paraplegia, contribuindo para a desmistificação do que a sociedade pensa acerca da pessoa deficiente e para promover uma vida mais ativa e bem sucedida para as mesmas.

Por que durante todo processo histórico da humanidade sempre se evidenciou o caráter negativo da pessoa com deficiência física, principalmente no que diz respeito a sua sexualidade? Por que este estigma e segregação social ainda permanecem? Por que negar-lhes o direito de vivenciá-la, uma vez que independente se ter ou não uma deficiência, a sexualidade se manifesta em todo ser humano?

Compreende-se assim que, ao se conhecer o sofrimento que a pessoa deficiente física, no caso a paraplegia, tem para vivenciar a sua sexualidade, poder-se-ia planejar

intervenções que possibilitassem maiores esclarecimentos acerca da sexualidade humana, minimizando o impacto das perdas biológicas e psicossociais na vida dessas pessoas, e assim, possibilitar-se-ia uma melhor qualidade de vida e, o resgate de sua cidadania, conseqüentemente. Segundo França- Chaves (2005) o que interfere na vivência da sexualidade são questões sociais, ideológicas, políticas e religiosas além das suas características pessoais.

Com base nesta fundamentação teórica, o objetivo geral desta tese é: apreender as representações sociais das pessoas com paraplegia acerca da sexualidade, e especificamente, busca-se: 1) Caracterizar o perfil dos participantes (pessoas com paraplegia e dos profissionais da saúde; 2) Identificar as dificuldades encontradas pelas pessoas paraplégicas na vivência da sexualidade, 3) Contextualizar a realidade das pessoas paraplégicas na atual sociedade com relação à sexualidade; 4) Comparar a representação social de homens e mulheres paraplégicas acerca da sexualidade e 5) Comparar as representações sociais das pessoas paraplégicas e a dos profissionais de saúde acerca da sexualidade das pessoas paraplégicas. Os instrumentos utilizados para alcançar esses objetivos, foram um questionário sociodemográfico, entrevista semi - estruturada, e um questionário de perguntas fechadas e abertas, além da Técnica de Associação Livre de Palavras (ALP). A entrevista semi - estruturada foi analisada pelo *software* Alceste, a Técnica de Associação Livre de Palavras pelo *software* *Tri deux mots* e o questionário sociodemográfico pelo SPSS e para os profissionais de saúde, foi aplicado um questionário onde as perguntas abertas foram analisada pelo *software* *Iramutec*.

Em fase dessas premissas, a tese se desenvolverá apresentando seis capítulos. No primeiro será apresentada a temática sobre sexualidade, perpassando pela sua conceituação, diferenciação entre sexo e sexualidade, sexualidade na antiguidade e a representação do corpo na sociedade.

No segundo capítulo será abordada a historicidade da deficiência física, sua conceituação, a relação entre sexualidade e deficiência física, debatendo a interligação entre os dois construtos e ressaltando esta relação no que diz respeito à pessoa com paraplegia.

O terceiro capítulo refere-se a teoria das Representações Sociais, ressaltando os seus fundamentos teóricos, tendo como base a teoria de Moscovici e os estudos empíricos sobre as representações sociais acerca da sexualidade e da paraplegia.

O quarto capítulo aborda o tipo de estudo, número de participantes, lócus da pesquisa, assim como será informados os instrumentos, os procedimentos de coleta e análise de dados e os aspectos éticos.

No quinto capítulo encontram-se apresentados a descrição dos resultados obtidos pela coleta de dados para todos os instrumentos adotados na pesquisas, assim como a discussão dos achados da pesquisa. Na seqüência, as considerações finais, os limites e os desdobramentos futuros. Por fim, serão apresentadas as referencias sobre os autores citados no texto assim com os anexos necessários para compreensão desse estudo empírico.

CAPÍTULO 01: CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBEJTO DE ESTUDO

A sexualidade é um processo natural ao qual está vinculada tanto as necessidades fisiológicas como as emocionais, manifestando-se de diferentes maneiras durante o processo de existência do ser humano. A mesma tem a intenção do prazer, do bem – estar, a auto estima numa relação íntima onde se compartilha o amor, o desejo de estar com outra pessoa e a formação de laços de união (Soutto Mayor, Antunes,& Almeida, 2009). Percebe-se assim que a sexualidade não é sinônima de ato sexual ou que não esta ligada ao processo natural de reprodução, mas sim a um fenômeno mais amplo, relacionando-se a sentimentos, manifestações, trocas e comunicações entre as pessoas.

Ao falar sobre sexo, pode-se pontuá-lo sobre vários pontos de vista: biológico, sociológico, psicológico e cultural e dependendo da ótica, haverá um desses aspectos que será mais ressaltado do que os demais (Silva,1999). Segundo Costa Filho (2003) o sexo também pode ser definido como a característica física permanente que possibilita distinguir animais ou vegetais em cada espécie, como também, o conjunto desses indivíduos machos ou fêmeas, podendo estar ainda relacionado aos órgãos genitais que caracterizam o homem e a mulher, ainda referindo-se ao ato sexual e a cópula.

Atualmente, a palavra, “sexo” tem sido utilizado principalmente em dois sentidos: o primeiro refere-se ao gênero e define os estereótipos de como uma pessoa deve se comportar na sociedade, seja como uma pessoa do sexo masculino ou como uma pessoa do sexo feminino e o outro sentido esta relacionado à relação sexual propriamente dita (Silva,1999)

Muitas vezes o sexo é confundido com sexualidade, contudo, é necessário salientar que um não precisa necessariamente vir acompanhado do outro, e sendo assim cabe a cada pessoa o poder de decisão do momento apropriado para que esta sexualidade se manifeste de forma física e seja compartilhada com outro através do sexo, que é uma das diversas maneiras de se chegar à satisfação (Maia 2008a)

Para Vasconcelos (1999):

O sexo é também historicidade. Homens e mulheres carregam consigo historias diferente ao longo dos séculos, e cada novo indivíduo do sexo masculino ou do sexo feminino que surge é tributário desta historia. Historia a que ele ou ela dá continuidade, perpetuando-a ou transformando-a, dentro da heterossexualidade ou da homossexualidade (p. 225).

Com base no meio social e cultural são estabelecidos os papeis de gênero que podem ser definidos como atuação e desempenho. O gênero também pode estar relacionado às diferenças sexuais, e não necessariamente às diferenças biológicas, mas como a sociedade vê a relação que transforma um macho em homem e uma fêmea em mulher.

Para Silva (1999, p. 46), “o papel de gênero é determinado pela tipificação sexual que se estabelece através das prescrições sociais que são impostas pelas instituições como forma de adequar indivíduos, sejam homens ou mulheres, a se comportarem com tal.”

Para Favero (2016):

A sexualidade é uma característica geral experimentada por todo ser humano e não necessita da relação exacerbada com o sexo, uma vez que se define pela busca de prazeres, sendo este não apenas os explicitamente sexuais. Pode – se entender como constituinte da sexualidade a necessidade de admiração e gosto pelo próprio corpo, o que não necessariamente signifique uma relação narcisista de amor incondicional ao ego (O que é sexualidade? Infoescola.com).

A concepção que se tem atualmente sobre sexualidade é bastante ampla, onde a sexualidade é compreendida como o conjunto das diversas modalidades de satisfação sexual que esta atrelada ao contexto histórico, político, social e através do qual vai se

construindo tal concepção, podendo variar de cultura para cultura ou de sociedade para sociedade (Silva, 1999).

No que diz respeito ainda a sexualidade, Frayser (1989) e Bleiser (1984) cita a separação e a diferenciação afirmando ser possível se reconhecer entre o biológico e o social, assim como entre o cultural e o natural, na manutenção do pensamento dualista, sendo necessário uma conceituação dialética. Na concepção dialética, o biológico, não é determinante social, na verdade é influenciado e influi sobre as interações sociais. Para Bleiser (1984), de acordo com a concepção dialética a sexualidade se reconhece como um fenômeno relacional, que dá ênfase na relação com o mundo e com as outras pessoas.

A sexualidade também pode ser definida por padrões - masculino e feminino - entendendo-se padrão como um modelo que serve de referencia ou base. Neste caso, os padrões masculinos e femininos estão relacionados à intervenção orgânica, psicológica e social de determinada tradição cultural (Silva, 1999).

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), a sexualidade humana não se resume apenas aos aspectos biológicos:

A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações, integrações a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. A saúde mental é a integração dos

aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais, que influencia positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor (p. 45).

Boff (2002), no que diz respeito à sexualidade, relata que ela está ligada com o que existe de real e profundo do ser humano, não sendo agregado e podendo-lhe faltar algo meramente histórico – social, que assim como foi construído, também pode ser desconstruído.

A sexualidade pode ser definida e adequadamente compreendida dentro de um contexto cultural e histórico, assim, Wilhelm Reich (1977) afirma que a moral funciona como ordem negadora da sexualidade. Para este autor, aqueles indivíduos que desenvolvem a capacidade de transformar seu meio ambiente de tal maneira que os obstáculos impostos pela sociedade tornam-se significativos e capazes de transformar a sua estrutura psíquica de indivíduo.

O autor acima citado, afirma que estruturas psíquicas possuem um determinante social que possibilita uma revolução social e mesmo sexual, onde o estabelecimento de pessoas com uma estrutura determinada seja capaz de autocontrole. É importante alertar que hoje não existem homens com estrutura trabalhada, plenamente desenvolvida e sexualmente afirmativa, pois somos todos influenciados por uma máquina educativa autoritária, religiosa e sexualmente negativa.

Uma pessoa que se tenha permitido uma forma de sexualidade que não seja aceitável pela sociedade, sente-se como estranho ao mundo exterior uma vez que não se adequa às normas estabelecidas pelo padrão social, que por sua vez passa a qualificá-la como uma pessoa excêntrica, excluindo-a das fileiras da uniformidade dos padrões estabelecidos. A sexualidade vivenciada pelo padrão da normalidade, onde o ato sexual é realizado sob condições externas favoráveis, com plena consciência da importância e magnitude da vida amorosa, com uma estrutura capaz de uma vida amorosa feliz, sem

sentimento de culpa e medo de autoridades, esta sim, pode levar a satisfação dos interesses sexuais e vitais dos indivíduos (Maia, 2011)

Neste sentido, desejo é pessoal e depende da história de cada indivíduo, muito embora este desejo esteja atrelado à cultura, pois se aprende que se deve desejar os determinados modelos de beleza, de comportamentos e do que é erótico, assim a cultura passa a ter grande influência sobre o desejo dos indivíduos em diferentes sociedades. Não se nega o desejo individual, mas o mesmo é influenciado pelos padrões que a sociedade impõe, pois é no grupo social que o indivíduo vive que ele recebe sua formação sobre sexualidade, influenciada por concepções religiosas, políticas e étnicas reveladas através dos discursos, nas imagens, e conteúdos midiáticos, na literatura, etc.(Maia, 2011).

Maia (2012) afirma que a sexualidade sempre adquiriu conotações diversas em conformidade com os significados e sentidos que lhe foram e são atribuídos pela cultura. Sendo a sexualidade fruto de construção social, é construída a partir do conjunto de instituições sociais, culturais, históricas e discursivas mediada pelo dispositivo do saber – poder, uma vez que a relação de poder gera normas, controle e vigia daquilo em que determinada época é certo ou errado (Foucault, 2002).

Para Foucault (1984) as sociedades ocidentais, ligava o sexo à busca da verdade, principalmente com o advento do cristianismo, onde a confissão, o exame de consciência, era utilizado como forma de decolar a sexualidade no centro da existência, e o sexo, nas sociedades cristãs, compreendido como algo a ser examinado, vigiado, confessado e transformado em discurso. Na verdade, podia-se até falar sobre sexualidade, mas o seu propósito era proibir.

Ao produzir os discursos chamados de verdadeiros, produzidos com relação à sexualidade, geraram um problema no Ocidente, pois remetiam à repressão sexual. Para Foucault (1984) a explicação discursiva tinha por finalidade o propósito de privar a

sexualidade na sociedade capitalista, uma vez que se utilizava de mecanismos positivos para produzir a sexualidade de acordo com as normas citadas pela própria sociedade.

Salles e Ceccarelli (2010) afirmam que o discurso sobre sexualidade aparece em momentos sócio-históricos específicos como uma tentativa de normatizar as práticas sexuais de acordo com os padrões da época, pois o controle da via social e política só poderiam ser alcançados pelo corpo através, por exemplo, da virgindade, da regulamentação do casamento, da procriação, etc. Para Costa Filho (2003) a sociedade é determinada e determina a forma pela qual os indivíduos interagem com os outros, construindo suas relações íntimas e sociais. Para o referido autor a sexualidade é construída historicamente, sendo, portanto necessário o conhecimento do passado para se compreender o futuro.

Duarte e Christiano (2012), afirmam que:

A sexualidade é algo amplo, que envolve fatores sociais e emocionais. A mesma se estabelece por meio das relações com o ambiente e com o outro, transformando-se em algo particular e único em cada indivíduo. Ao compreender que as relações sociais influenciam direta e indiretamente nas ações estabelecidas pelos sujeitos, é interessante visualizar a sexualidade dentro dos diversos contextos históricos pelo que perpassou a sociedade, a fim de compreender as influências deixadas para a sua constituição atual (p. 755).

No sentido amplo que a atividade sexual possui, a psicanálise confere grande importância à sexualidade no desenvolvimento e na vida do ser humano, uma vez que não designa apenas as atividades e o prazer do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e atividades desde a infância, que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental como respiração, fome, função de excreção, etc. (Laplanche & Pontalis, 2010)

Segundo Lapanche e Pontalis(2010):

Freud procura determinar critérios do que seria especificamente sexual nestas diversas atividades, acentuado que o sexual não é redutível ao genital (tal como o psiquismo o não é ao consciente), o que autoriza a psicanálise atribuir caráter sexual a processos donde o genital esta ausente (p.620)

Nesta linha de pensamento Merleau – Ponty (1999) afirma que:

O sexual não é o genital, a vida sexual não é um simples efeito de processos dos quais os órgãos genitais são o lugar, a libido não é um instinto, quer dizer, uma atividade naturalmente orientada a fins determinados, ela é o poder geral que o sujeito psicofísico tem de aderir a diferentes ambientes, de fixar-se por diferentes experiências, de adquirir estruturas de conduta (p.219)

Durante todo processo histórico da humanidade, a sexualidade é marcada por mudanças influenciadas pelas percepções e pensamentos que norteiam diferentes concepções que surgem das diversas conjunturas culturais, econômicas, políticas e religiosas (Duarte – Christiano, 2012).

Segundo Nunes (1987), na antiguidade, especificamente no período paleolítico, a sexualidade era expressa de diversas formas, tais como: pintura, gravuras e esculturas; todas contemplavam o corpo feminino, indicando uma exaltação à fertilidade, sendo a sexualidade envolvida de uma significação mítica, sagrada e divina com o predomínio da mulher como apanágio feminino. Neste período as comunidades eram dirigidas pelas mulheres.

Na Grécia, havia uma grande valorização dos aspectos físicos, devido à crença deque o corpo abrigava um espírito nobre e que também representava a harmonia e a simetria em todas as coisas, tanto materiais, quanto morais. A homossexualidade feminina era aceita, porém a mulher não poderia ocupar lugar de destaque. Entretanto, é da antiga

Grécia que provem o termo Lésbica, originado de Lesbos, nome dado a uma ilha onde viveu Safo, uma poetisa ilustre que julga-se ter sido lésbica. No que se refere aos homens, a prática da homossexualidade era impensável, especificamente se a mesma ocorresse entre um escravo ou alguém de status social mais baixo(Araújo, 1999).

Na sociedade grega a relação entre um homem mais velho e um mais novo, era aceita, o mais velho era chamado de *Erastes* e o mais novo *Eromenos*, o mais novo deveria estar no início da adolescência e esta prática era chamada de pederastia - amor a menino. A mesma era utilizada como forma de transmissão de conhecimento, para tanto o *Erastes* deveria ter ascendência intelectual, cultural e econômica sobre o adolescente(Araújo, 1999).

Segundo Nunes (2015):

Para o homem grego a escravidão das mulheres ao desejo sexual significava que sua razão estava subordinada a sua luxúria. Enfatizava-se a astúcia, a malícia, artimanhas, o poder racional e a linguagem, pois acreditava-se que era instrumento corrompido. Devido a crença na peculiar capacidade da mente da mulher ser corrompida por suas paixões e desejos, não era surpresa que Menandro (famoso poeta grego) desencorajasse a educação da mulher, uma vez que para ele “isso equivaleria a uma cobra mais venosa (p. 1).

As mulheres, não eram consideradas cidadãos e viviam subjugadas aos homens, realmente considerados cidadãos e livres. No teatro grego todos os atores eram homens, pois as mulheres não podiam frequentar e nem apresentar-se, de modo que os papéis femininos eram representados pelos homens com uso de máscaras.

Platão e Aristóteles igualavam o homem à razão, a ordem e ao controle e a mulher era igualada ao irracional. Afirmavam que os homens foram feitos para dominar a mulher, assim como o homem livre dominava o escravo e a razão (Nunes, 2015). A sociedade

romana caracterizava-se por ter uma maior abertura com relação a sexualidade, tendo como objetivo exaltar a fertilidade, a procriação e a busca do prazer. A mesma, era patriarcal e a masculinidade baseava-se em uma capacidade para governar a si mesmo e outros de menor status, não só na guerra e na política, mas na cama também (Araújo, 1999).

Assim como na Grécia, na sociedade romana a homossexualidade era aceita, porém existia regra para sua prática, no ato sexual os homens livres – não escravos e de classe social inferior – não podiam ser penetrados, apenas penetrar, devendo ter sempre um papel ativo na relação. Neste sentido havia papéis definidos onde o mais novo sempre era o passivo e o mais velho sempre o ativo, pois, um romano pertencendo a classe alta não iria se submeter ao papel de passivo, pois a passividade está relacionado ao sexo feminino, e ser passivo, era aceitar a submissão do homem com relação a mulher, o que não podia acontecer em virtude dessa ser considerada inferior, ter poucos direitos e com a função de esposa e de mãe. Assim, preocupar-se com o prazer da mulher ou parceira era demonstrar um sinal de submissão, de fraqueza, de imaturidade (Araújo, 1999).

Na sociedade romana a sexualidade tinha mais liberdade de expressão com relação algumas práticas sexuais, como por exemplo, a masturbação e a prostituição, embora com relação a esta última houvesse algumas regras.

A masturbação era uma prática amplamente aceita e para os romanos era algo natural não sendo alvo de críticas quem a praticasse. A prostituição era aceita e as prostitutas eram registradas sendo obrigadas a pagar impostos e cumprir regras de comportamento, tais como: usar cabelo loiro ou vermelho, adotar vestimentas que fossem de tecidos floridos ou transparentes e não podia usar estolas nem a cor violeta, própria das mulheres livres.

O ideal masculino estava associado à autodisciplina, onde predominava a atividade; o seu correspondente era uma mulher pudica, passiva e submissa. As matronas, mulheres das classes altas, eram criadas para serem bem educadas, de caráter forte e firme na manutenção da família na sociedade.

A virgindade era valorizada, ao contrario dos gregos, pois se acreditava que se casar com uma mulher que não fosse virgem, se tinha a grande possibilidade desta mulher ser infiel ao marido (Nunes, 2015).

Na sociedade romana, assim com na Grécia, as mulheres não eram consideradas cidadãs, mas propriedades que, ao se casarem, passavam das mãos do pai para o marido e tinha o papel de serem boas mães e donas de casa.

No que diz respeito à religião da sociedade romana, a mesma apoiava-se na sexualidade como um aspecto de propriedade para o Estado e os indivíduos podiam dirigir a prática religiosa privada ou mágica com a finalidade de melhorar sua vida erótica e reprodutiva. Mas, com a implementação da religião católica na sociedade romana - que se caracterizava pela sua rigidez com relação à sexualidade -, as características das praticas liberais exercidas pelos romanos tenderam a desaparecer.

Segundo Spitzner (2005), o povo hebreu tinha uma visão diferenciada da dos romanos com relação a sexualidade, pois para os hebreus:

...o sexo destinava-se a procriação dos filhos que era uma tarefa destinada por Deus. Feliz o homem cuja família era numerosa. Era sábio ter filhos, a relação sexual tornava-se bem vista. O aborto era crime, pois se evitando que um filho fosse trazido ao mundo, estaria sendo negado ao pai, o direito de sobreviver através do filho (p. 21).

Neste sentido o homem era valorizado e a mulher discriminada, a essência judaica sobre o sexo era a de que a procriação era a razão para um relacionamento. A menstruação

era um tabu, sendo atribuído um estado de impureza à mulher, que ficava proibida de ter relações sexuais e de ser tocada, sendo necessário passar por um ritual de purificação após o período menstrual. Portanto, a mulher funcionava com agente de transmissão da cultura uma vez que através delas as crianças aprendiam tudo que se deveria aprender com relação à cultura do seu povo (Spitzner, 2005).

Com o Cristianismo registra-se a uma grande repressão com relação à sexualidade, pois passa a se ter uma maior valorização da virgindade e da castidade. Segundo Sayão e Duarte (2015):

. . .foi o Cristianismo que introduziu a noção de “pecado da carne”, embora desde a Antiguidade já houvesse a exortação ao domínio de si e dos prazeres, como entre os espartanos. Ainda hoje é possível encontrar na sexualidade e nas práticas sexuais sinais legados pelo cristianismo para a história da civilização ocidental, associados a interditos (proibições), como noção de culpa (p.1).

De acordo com Dantas (2010), o ato sexual foi proibido nos dias sagrados, nas celebrações religiosas, nos domingos, nos períodos de menstruação, gravidez, amamentação e nos quarenta dias após o parto. Até o Século XVI, os cônjuges não podiam ter relações sexuais em 273 dias do ano, sobrando assim, poucos dias para a prática sexual. Segundo os códigos canônicos, destacava-se a questão da posição sexual, pois, durante o ato sexual, apenas era admitido que o homem se colocasse sobre a mulher, o que só reforçava a superioridade masculina, sendo inadmissível que a esposa ficasse por cima do marido.

Segundo Salles e Ceccarelli (2010), a mulher de costas para o homem assemelhava-se a cópula dos animais; o homem embaixo da mulher era considerado uma inversão da natureza dos sexos já que denotaria a passividade masculina e atividade feminina. No

primeiro caso, a idéia era extirpar todo caráter de animalidade no desejo do homem e incluí-lo na razão natural, o segundo era reafirmar a submissão feminina ao homem.

Ainda segundo Dantas (2010) foram criadas a categorização das luxurias e a classificação das transgressões e sistematização dos pecados carnavais, destaque para a masturbação que a partir do século XV foi abordada pelos manuais confessionais e tratado penitenciais, a prática solitária e estéril, desagradava os teólogos, pois destinava-se unicamente a obtenção do prazer erótico, não possuindo uma finalidade pro criativa.

Para Salles e Ceccarelli (2010), os grandes padres Agostinho, Jerônimo e Tomas de Aquino, contribuíram para a manutenção do negativismo em relação ao prazer sexual, característico da influencia estóica. O sexo só se justificava para a reprodução, fazendo emergir assim uma moralidade sexual. O ser humano tornou-se fragilizado e culpabilizado pelo desejo; o que o levou a uma exaltação sem procedentes da virgindade. Mais ainda, à visão sexualizada do pecado original, fez do homem uma vitima indefesa de uma mulher inescrupulosa e sem princípios que seduzia o homem, levando a pecar.

Duarte e Christiano (2012) apontam que os movimentos sociais desencadeados no inicio do século XX, como a luta da mulher pelo voto direto, a revolução feminina, os movimentos gay, que assumiram características políticas, tornaram-se importantes para os estudos sobre sexualidade e para os estudos da *AcquiredImmunodeficiencySyndrome*, *AIDS* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). As evoluções e as transformações científicas e tecnológicas, a difusão das novas idéias, as novas mudanças no que se refere ao comportamento sexual, a o surgimento do primeiro anticoncepcional em 1956, trouxeram uma nova configuração social no que diz respeito à sexualidade humana.

Ainda segundo estes autores, a mulher passa a ser vista, neste contexto, como objeto sexual, figura principalmente focada pela mídia, que expõe seu corpo escultural, como estratégia para conseguir vender e lucrar. A exposição do sexo e do corpo,

principalmente o feminino, proporciona uma visão desconfigurada a respeito do sexo e da sexualidade.

Spitzner (2005) afirma:

... em nossos dias, a sexualidade é tratada de forma banal influenciando no comportamento dos jovens e adolescentes. Os jovens sofrem a todo instante a influencia da mídia com mensagens que vendem uns produtos mais desejados: o sexo. A mercadoria esta disponível na internet, no radio, na televisão, no sexo virtual nos namoros eletrônicos(p. 72).

Vive-se em uma sociedade complexa, pois mesmo tendo vencido a pressão da idade média, ou mesmo o poder da Igreja sobre a sexualidade, de termos podido expressar com ais liberdade e até mesmo da mulher ter ganhado uma maior participação, continuamos presos a outros valores como os midiáticos, que ditam padrões de beleza, estética corporal etc.

Nesta guerra travada entre homens e mulheres, percebe-se que, apesar das diferenças biológicas, psíquicas, culturais, sociais, políticas e econômicas, sempre se centralizaram e valorizaram o poder do falocentrismo e as mulheres, para compensar essa simetria do poder sexual, passaram a ter decisão sobre o seu querer, logo o homem aprendeu que precisava ter algo mais do que ele mesmo para se ‘firmar’, como por exemplo: poder, fama, dinheiro. Assim, tendeu-se a se mostrar, aos olhos da mulher aptos a vencer o meio, exibir desempenho, ser vitorioso, uma vez que seu poder foi colocado a prova, trazendo como consequência a coisificação da mulher, pois, para tê-la na conta de mais um item de consumo , torna-se um mecanismo lançado pelo homem para compensar a sensação de inferioridade e o medo da rejeição, que é reforçado pela cultura (Spitzner,2005)

Segundo Maia (2011) a representação do corpo segue os padrões de normalidade definido pelo meio social, o que remete a questões fundamentais para a imagem corporal e a auto – estima. O desenvolvimento da auto- estima dependerá das relações sociais, tanto do meio familiar quanto e das instituições sócias. O *feedback* de pares e familiares assim como as condições adequadas de inclusão devem ser favorecidas pela sociedade, buscando desenvolver nos indivíduos a aceitação de si, a integração, a independência e a autonomia.

Lidar com o próprio corpo requer corresponder aos padrões de normalidade em relação aos membros da sociedade na qual se esta inserida, o que muda é o modo como as pessoas de cada sociedade julgam e agem diante desse corpo que se apresenta. O corpo não é meramente um organismo biológico que existe independentemente do contexto social uma vez que sua representação é uma construção histórica da sociedade

Com relação a esse contexto social que o corpo está inserido, afirma Goellner (2007, p.29):

... o corpo é também a roupa e os acessórios que adornam as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos... Não são, portanto as semelhanças biológicas que os definem, mas, fundamentalmente só significados culturais e sociais que a ele se atribuem. O corpo é também o que dele se diz...a linguagem não apenas reflete o que existe. Ela própria cria o existente e com relação ao corpo, a linguagem tem o poder de nomeá-lo, classificá-lo, definir – lhe normalidades e anormalidades, instituir, por exemplo, o que é considerado um corpo belo, jovem e saudável. Representações estas que não são universais nem fixas.

Neste sentido Nunes Filho (1994) afirma:

... a partir do liberalismo econômico, aparece uma nova visão sobre o corpo. Os desejos são direcionados para serem satisfeitos por meio da lógica do mercado. A felicidade é mediada pelo interesse de cada um na satisfação dos desejos e esses interesses podem ser atendidos pelo ato de consumir: o corpo humano transformou-se num meio de produção e de consumo... (p.13)

Neste corpo que a sociedade consome, também se insere o erotismo, que segundo Paz (1994), é a poesia do sexo, Isto porque, “embora as maneiras de relacionar -se sejam muitas, o ato sexual significa sempre a mesma coisa: a reprodução. O erotismo é sexo em ação, masseja por desviá-la, seja ou negá-la, suspende a finalidade da função sexual”(p.12).

O ato erótico se desprende do ato sexual. O erotismo é invenção, variação incessante; enquanto que sexo é sempre o mesmo. Em todo encontro erótico há um personagem invisível e sempre ativo: a imaginação, o desejo. Para Paz (1994) existe uma ambigüidade no erotismo: são repressões e permissões, sublimação e perversão. O erotismo é a sexualidade transfigurada pela imaginação humana.

As relações entre erotismo e sociedade contemporânea narcisista e de consumo podem ser abordadas de diferentes formas. Sennett (1988) aponta o quanto nossa sociedade pode dificultar uma atividade erótica que suponha criatividade, aonde o amor físico vem sendo redefinido, passando dos termos do erotismo para os termos da sexualidade. O erotismo vitoriano está relacionado aos relacionamentos sociais, enquanto que a sexualidade está relacionada à identidade pessoal.

Segundo Sennett (1988) o corpo seria uma das razões pelas quais a sociedade passando do erotismo - atividade que une uns as pessoas - à sexualidade - que diz respeito, antes de tudo, a um prazer corporal individual-, tem forças psicológicas destrutivas trazidas à tona. Para Bataille (1987) o erotismo só acontece frente ao respeito à lei, no qual a

violação do proibido implique um valor subjetivo pessoal, uma experiência íntima, o erotismo não deve ser confundido com relação sexual.

Paoli (2007) afirma que, se tudo já foi exposto, se a sexualidade não comporta mais mistério ou exclusividade, a sexualidade deixa de ser subjetivada e passa a ser o exercício de mais um gozo conquistado. Os corpos já não trazem enigmas escondidos, o que era privado a uma olhar particular tornou-se acessível a todos os olhares, a sexualidade foi desvelado e o corpo nu não apresenta mistério. Na verdade, passa - se de uma sociedade que busca a satisfação administrada para um modelo social da insatisfação regulada, de controle, de estimulação.

Após a apresentação sobre a sexualidade, a qual teve como fundamento a conceituação, desenvolvimento sócio-histórico, destacando a amplitude de seu conceito que envolve fatores sociais e emocionais, não estando restrita a questão genital, mencionando também a Psicanálise, que destaca/apregoa que a sexualidade não esta restrita a parte genital, mas também a outras partes do corpo denominadas de zonas erógenas, ressaltando a acuidade do corpo e do erotismo na vivencia da sexualidade, faz-se necessário abordar a temática fundamental desta tese, relatando no capítulo seguinte a historicidade da deficiência física, conceituação e em particular os aspectos fisiológicos no que diz respeito a paraplegia, assim como sua relação com a sexualidade.

**CAPITULO 02. A DEFICIÊNCIA FÍSICA COM ÊNFASE NA LESÃO MEDULAR
E SUA RELAÇÃO COM A SEXUALIDADE**

Discutir a questão da sexualidade na sociedade brasileira ou em qualquer outra sociedade não é uma tarefa fácil, principalmente quando a mesma esta relacionada à deficiência física. Primeiro, porque a sexualidade é um tema repleto de questionamentos, uma vez que envolve questões psicológicas e sociais e segundo porque a deficiência física implica uma imagem que sempre vem com conotações de incapacidade, muitas vezes usadas de forma indiscriminada.

Ser diferente é algo que coloca os cidadãos numa situação de desigualdade, de inferioridade, chegando à exclusão. Para Maia (2011) essa marginalização pode ocorrer ou esta relacionada à raça, etnia, gênero, crença religiosa, classe social, idade, orientação afetivo-sexual, deficiências, doenças crônicas, etc. Já para Figueiredo (2005) os deficientes físicos, da mesma forma que outros grupos, como negros, mulheres, homossexuais, etc., vivenciam situações nas quais se defrontam com o estigma e o preconceito, que podem se manifestar de diversas formas nos mais variados contextos e influenciados pelo significado e pelas representações da própria sociedade.

Ribas (2003) no clássico livro: *O que são pessoas deficientes?* Ao discutir o conceito de deficiente, argumenta que o mesmo tem um significado forte e que está atrelado a valores culturais de cada sociedade:

Assim é que em qualquer sociedade existem valores culturais que se consubstanciam no modo como a sociedade esta organizada. São valores que se refletem imediatamente no pensamento e nas imagens dos homens, e norteiam as suas ações. São valores que terminam por se refletir nas palavras com que os homens se exprimem. Assim sendo, em todas as sociedades a palavra “deficiente” adquire um valor cultural segundo padrões, regras e normas estabelecidas no bojo das suas relações sociais (p. 12).

Maia (2002) afirma que, uma diferença só será evidenciada caso se afaste dos parâmetros de normalidade estabelecidos pela sociedade, ressaltando que no caso da deficiência, ela só aparecerá a partir de comparações com o padrão determinado pelo meio social, sendo estabelecido e sustentado ideologicamente pelo grupo dominante. O que caracteriza o conceito de normalidade dentro de certa relatividade é o mesmo que está inserido num dado momento histórico cultural, estabelecido e mantido nas relações sociais que cada indivíduo mantém, uma vez que esta relatividade se apresenta tanto em nível sociocultural como também em nível físico.

De acordo com Carmo (1994), os conceitos de normalidade e anormalidade são freqüentemente utilizados, mas poucos sabem definir os limites entre ambos. A ideia de que o comum é normal e o incomum é anormal demonstra uma visão distorcida na forma de perceber o viver de uma pessoa portadora de deficiência física.

Neste sentido, Diniz (2007) afirma que o corpo com deficiência somente se delinea quando confrontado com uma representação do que seria um corpo sem deficiência. Paradoxalmente não há como descrever um corpo com deficiência como anormal, uma vez que anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida. Percebe-se que a concepção de deficiência como uma variação do normal da espécie humana foi uma criação discursiva do século XVIII, e desde então, ser deficiente é experimentar um corpo fora do normal.

Maia (2011) relata que a discriminação sofrida pelas pessoas com deficiência, também esta atrelada a um conjunto de condições que de certo modo podem tornar mais grave ou minimizar esta discriminação, tais como: ser pobre ou rica, ser letrada ou analfabeta, branca ou negra, homem ou mulher, heterossexual ou homossexual, magra ou obesa, baixa ou alta, etc.

Omote (1994) salienta que, a manutenção do estigma da deficiência pelo grupo o qual o indivíduo está inserido é determinada pela forma como esse grupo interpreta e trata certas diferenças apresentadas pelas pessoas deficientes, levando ao preconceito e à discriminação.

Segundo Brasil (2006), de acordo com o decreto nº 5.296 de 2004:

. . . é considerada portadora de deficiência física a pessoa que: apresentar alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando um comprometimento da função física, se apresentando sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldade para desempenho das funções. (p. 65)

Porém, ainda existe alguma confusão com relação à definição e classificação no que diz respeito à deficiência física, uma vez que no imaginário popular ainda associam os deficientes auditivos e visuais como sendo deficientes físicos, quando na verdade a deficiência visual e a auditiva pertencem à categoria das deficiências sensoriais. (Puhlmann, 2000).

Segundo o Censo de 2010 - feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - existe no Brasil cerca de 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população, onde 25.800.681 são mulheres, que equivale a um percentual de 26,5 % e 19.805.376 são homens com percentual correspondente a 21.2 %. A maioria desta população, ou seja, 38.473.702 vivem na área urbana e 7.132.347 na zona rural, onde a deficiência visual ocupa 18,8% da população, seguindo a deficiência motora com 7%, a auditiva com 5% e a mental ou intelectual 1,4%. A taxa de alfabetização chega a 81,7%, mas baixa do que a faixa nacional que é de 90,6%.

A região Nordeste apresenta a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, 26,3%. As menores incidências ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51% respectivamente. Esses dados corroboram com a tese de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza. Os estados brasileiros com maior incidência da deficiência são os estados do Rio Grande do Norte e a Paraíba, com taxas de 27,76% e 27,58%, acima da média nacional que é de 23,9% (Cartilha do censo 2010 -2012).

Segundo a Cartilha do Censo 2010 (2012), a Região Nordeste apresenta o maior percentual de pessoas com deficiências sem instrução e ensino fundamental Incompleto, 67,7% e a Região Sudeste apresenta a menor taxa 56,2%. Com relação ao nível superior, a menor taxa foi de 4,0% na região Nordeste e a maior foi de 8,5% na região Sudeste do país

No que se refere ao percentual de pessoas com paraplegia/lesão medular, Silva, Schoeller, Gelbcke e Carvalho - Silva (2012) afirmam que, no Brasil, o Censo não possibilita a separação dos casos de lesão medular e cerebral, o que dificulta ainda mais uma análise a nível nacional em termos de contabilizar o número de pessoas com lesão medular/ paraplegia no país.

Diante deste quadro, necessário se faz definir o que seja deficiência ou mesmo conceituar pessoa com deficiência física, uma vez que este estudo se deterá apenas a um tipo de deficiência física. A grande questão sobre deficiência se refere ao modelo adotado para defini-la, uma vez que se esbarra no modelo médico e no modelo social, apresentando concepções diferentes.

Para o modelo médico a compreensão de deficiência está relacionada a funcionalidade e às habilidades que um indivíduo pode ter. Ainda hegemônico para as políticas de bem – estar voltadas para os deficientes, este modelo afirma que a experiência de segregação, desemprego e baixa escolaridade, etc., são causados pela inabilidade do corpo lesionado de se adaptar à vida social. No entanto, o modelo social vai além disso, a

experiência da desigualdade se manifesta em uma sociedade pouco sensível a diversidade de estilo de vida, onde a deficiência é o resultado do ordenamento político e econômico capitalista que pressupõe um tipo ideal de sujeito produtivo (Diniz, 2007).

Nos anos 70, no reino Unido e nos Estados Unidos, estudos causaram uma revolução, pois de um campo estritamente biomédico confinado aos saberes médicos, psicológicos e de reabilitação, a deficiência passou a ser também um campo das Ciências Humanas. Neste sentido, a deficiência não é mais uma simples expressão de uma lesão que de certo modo impõe restrições à participação social de uma pessoa, mas deficiência também é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, não deixando de denunciar a estrutura social que mantém uma pressão sobre a pessoa deficiente (Diniz, 2007).

Paul Hunt, sociólogo, que possui deficiência física, precursor do modelo social da deficiência no Reino Unido nos anos 1960, procurou compreender o fenômeno sociológico da deficiência a partir do conceito de estigma de Ervin Goffman. Este autor, afirmava que os corpos são espaços demarcados por sinais que antecipam papéis a ser exercidos pelos indivíduos, um conjunto de valores simbólicos e que estaria mas sociados aos sinais corporais (Diniz, 2007).

Neste sentido, a revolução no conceito de deficiência se dá pela inversão da causalidade da deficiência apontada pelos dois modelos: o médico e o social. Para o modelo médico, a deficiência era ocasionada pela lesão - o que é paradoxal ao modelo social - pois para esse modelo a deficiência decorre dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão. Para o modelo médico, a lesão induzia à deficiência, para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesões a experimentarem a deficiência, portanto a deficiência passou a ter múltiplas causalidades, apesar de ainda se

encontrar no universo médico, se expandiu para outros domínios como o proposto pelo modelo social (Diniz, 2007).

O modelo social é responsável pela criação das UPIAS (Liga dos lesados físicos contra a segregação) que se deu após o envio de uma carta de Paul Hunt denunciando que as pessoas com lesões severas que se encontravam isoladas em instituições sem a menor condição e onde suas idéias eram ignoradas, sob extremo autoritarismo. No sentido de ouvir estas pessoas que viviam sobre o domínio da repressão, grupos foram formados, criando então as Upias, tendo adesão de vários sociólogos deficientes como Michel Oliver, considerado um dos precursores e principais idealizadores do que ficou conhecido como modelo social da deficiência, assim como Paul Abberley e Vic Finkestein, também sociólogos deficientes físicos (Diniz, 2007).

As Upias tinham como objetivo principal definir a deficiência em termos de exclusão social, onde a mesma passou a ser entendida como uma forma particular de opressão, a mesma inferida outros grupos minoritários como as mulheres, negros, etc. A partir do materialismo histórico se conclui que a discriminação pela deficiência era uma forma de opressão social, passando os conceitos de deficiência e de lesão a serem politicamente redefinidos.

O modelo social ainda teria uma segunda geração de teóricos entre 1990 e 2000, que sofria influência da visão do mundo feminista, que se pautava nos estudos de gênero e no feminismo, pois, considerava imoral a desigualdade e lutava contra a opressão. Analogia feita entre o corpo deficiente e o sexismo era um dos pilares que sustentavam a tese dos deficientes como minoria social, assim como as mulheres eram oprimidas por causa do sexo, os deficientes eram por causa do corpo com lesões, esta aproximação argumentativa facilitava dessencializar a desigualdade (Diniz, 2007).

Apesar de ter como parâmetro o modelo social de deficiência, o modelo feminista era contrário ao argumento de que os teóricos sociológicos de tal modelo defendiam, a saber: a eliminação das barreiras permitiria que os deficientes demonstrassem sua capacidade e sua potencialidade produtiva. Já o modelo feminista argumentava que a sobrevalorização da independência é um ideal perverso para muitos deficientes, uma vez que os mesmos eram incapazes de vivê-los, pois há deficientes que não terão habilidades para a independência ou capacidade para o trabalho, não importando o quanto as barreiras sociais fossem eliminadas. Portanto, enquanto a primeira geração do modelo social supervalorizava a independência do deficiente, a segunda geração, liderada pelas feministas valorizava a interdependência (Diniz, 2007).

A interdependência passa a ser valorizada na provocação da filósofa Eva Kittay, cuidadora de uma filha com paralisia cerebral grave. A mesma defendia que o cuidado era um princípio básico as organizações sociais e que tinha sido esquecido pelo modelo social durante 20 anos, além de que a interdependência era um valor que melhor expressava a condição humana de pessoas deficientes ou não. Esta filósofa estadunidense, propunha uma justiça que era a “crítica da igualdade pela dependência”, ou seja, a idéia de que as relações sociais de dependência são inevitáveis á vida social, não apenas as pessoas com deficiência, mas também as crianças ou idosos comprovam a tese de dependência de Kittay, a qual defendia que a própria condição humana se expressa na interdependência. Para essa autora “todos somos filho de uma mãe”, frase provocativa, onde ela afirma que são vínculos de dependência que estruturam as relações humanas, visto que a dependência é algo inescapável a historia de vida de todas as pessoas (Diniz, 2007).

Neste sentido, Maia (2011) considera que a deficiência aparece como algo indesejado e viola a integração social produtiva e competitiva, o que aumenta a violência, o

preconceito e a segregação das pessoas consideradas deficientes. No caso do corpo, essa diferença esta vinculada à funcionalidade, à saúde e também aos padrões de estética.

Bento (2012) alerta que a terminologia para se designar uma pessoa com deficiência física vem sofrendo algumas mudanças ao passar do tempo. Em algum momento, designou-se por pessoas com deficiência, pessoas que apresentavam necessidades especiais, e pessoas excepcionais. Segundo a referida autora a Organização Mundial de Saúde OMS (2001) esclarece que o termo pessoas com necessidades especiais (PNE) é bastante abrangente, incluindo neste conjunto pessoas obesas, idosos, autistas, superdotados, além de pessoas portadoras de deficiência em seu sentido restrito.

Para Leal, Mattos e Fontana (2010), as denominações para se referir as pessoas com alguma limitação física, mental ou sensorial, ao longo dos anos, foram ganhando várias nomenclaturas, tais como: inválidos, incapazes, excepcionais e pessoas deficientes. Em 1988 através da Constituição Federativa do Brasil, a expressão pessoas portadoras de deficiência passou a ser adotada, atualmente também se passou a utilizar a nomenclatura de pessoas com necessidades especiais. Todavia, salienta-se que esta denominação é considerada bastante ampla, uma vez que qualquer situação que requeira tratamento diferenciado se enquadra nessa nomenclatura. Atualmente compreende – se que deficiências não se portam, elas estão com as pessoas ou nas pessoas, por isso atualmente utilizar-se a nomenclatura de pessoas com deficiência.

Segundo Ribas (2003) foi aprovada pela Assembléia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas), em nove de dezembro de 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, que proclamava em seu artigo I: o termo “pessoas deficientes” refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.

A Coordenação Nacional para a Integração das Pessoas Portadora de Deficiência (CORDE, 1996) considera pessoa portadora de deficiência (PPD): “Aquela pessoa que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão normal para o ser humano.” (p. 124).

Para Ribas (2003) a rigor existem três tipos de deficiência, sendo que um deles se divide em dois: deficiências físicas (de origem motora: amputações, malformação ou seqüelas de vários tipos, etc.) deficiência sensorial que se dividem em deficiência auditiva (surdez total ou parcial) e visuais (cegueira total ou parcial) e deficiência mentais (de vários graus, de origem pré, Peri ou pós- natal).

Todo indivíduo é aquilo que sua história, sua condição social e seu eu permitem, fazendo com que eles sejam exatamente como são, sendo assim, a deficiência pode ser congênita ou adquirida. A pessoa com uma deficiência congênita geralmente não sofre absolutamente constrangimento por ser deficiente, uma vez que nunca teve outro modelo, portanto não sabe o que é não ser deficiente, conseqüentemente não sofrendo por não ser um ser normal. Paralelamente há a pessoa que adquire uma deficiência nos primeiros anos de vida, que cresce quase como uma pessoa com deficiência congênita, pois as suas experiências vividas, à época que não possuía deficiência, não serão muitas significativas para marcar de forma contundente a sua pós aquisição. Porém quando se torna deficiente na adolescência ou na fase adulta, o processo se torna ainda mais penoso, já que todas as experiências às quais dispõem, possuem como referência o tempo em que não havia adquirido a deficiência (Ribas, 2003).

No caso da deficiência adquirida, à reabilitação social torna-se mais difícil, pois todos os sentimentos valorativos que se tinham para com as pessoas deficientes, passam a

ser dirigidos para si mesmo, tais como: piedade, repulsa, indiferença. Esses podem ser transformados em auto-piedade, auto repulsa e autonegação.

Para CORDE (1996) as pessoas podem ser classificadas de acordo com a sua deficiência: deficiência física, esta relacionada às pessoas afetadas na sua mobilidade motora; pessoas com deficiência mental são aquelas que têm prejudicado o funcionamento cognitivo, emocional, intelectual significativamente abaixo da média; deficiência sensorial, diz respeito a pessoas surdas, cegas ou com visão subnormal e existe também as pessoas com deficiência múltiplas, ou seja, pessoas que possuem mais de uma deficiência.

Para Ribas (2003) alguns profissionais chegam a afirmar que pessoas “deficientes e não deficientes” são iguais perante a sociedade. Na verdade, percebe-se que todos são de fato diferentes socialmente, porque construíram e foram construídos neste mecanismo de relações que os diferenciam.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) define deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. No Brasil a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989 (Brasil, 1989) dispõe sobre as pessoas portadoras de deficiência. É regulamentada pelo Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 que considera que a deficiência se enquadra nas seguintes categorias: Deficiência Física; Deficiência Auditiva; Deficiência Visual; Deficiência Mental; Deficiência Múltipla.

Tendo como base o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 define-se deficiência física como:

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as

deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções (Ministério do Trabalho e Emprego – 2014).

Para um melhor entendimento, segue algumas definições de acordo com o MTE (2014), como exposto na *Figura 1*:

Amputação – perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro;
Paraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores;
Paraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
Monoplegia - perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior);
Monoparesia – perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior);
Tetraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
Tetraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
Triplegia – perda total das funções motoras em três membros;
Tri paresia – perda parcial das funções motoras em três membros;
Hemiplegia - perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Hemiparesia – perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
Ostomia – intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa a construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostomaintestinal; urostomia: desvio urinário);
Paralisia Cerebral – lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;
Nanismo – deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.

Figura 1 Definições de tipos de deficiência

Partindo de termos preconceituosos, tais como: incapaz, inválido, dependente, frágil, digno de pena, etc., torna-se extremamente difícil ser deficiente numa sociedade

“temporariamente eficiente”, que nega os direitos básicos ao ser humano (educação, saúde, trabalho, transporte, lazer, amor, sexo, felicidade...) a quem não se enquadra na presunçosa fantasia de perfeição.

Vale salientar que a representação que uma pessoa deficiente possui está relacionada com as formas que estas mesmas pessoas para criar, transformar e interpretar essa problemática, uma vez que a representação sobre pessoa está vinculada à sua realidade social. Assim é preciso conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhada por crenças, atitudes, valores e informações para que a mesma possa ter uma vida de qualidade baseada para sua inclusão social (Ribas, 2003).

A representação social da pessoa com deficiência vai estar associada às modalidades de comunicação, de acordo com o meio social ao qual esta pessoa com deficiência esta inserida, isto é, necessário se faz conhecer o que existe além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais possíveis de serem identificados e mapeados (Coutinho, 2001)

A deficiência pode ser congênita - quando a pessoa nasce com ela - ou adquirida durante a vida, podendo manter-se estacionada durante todo período existencial ou progredir obedecendo a distintos estágios de graduação, chegando, em alguns casos, a ameaçar a própria vida da pessoa envolvida. Algumas chegam afetar a inteligência e outras apenas as funções motoras e/ou órgãos dos sentidos. Na verdade, a maioria das deficiências não altera a função sexual, mas todas complicam o desenvolvimento da sexualidade, uma vez que dificulta a sua vivencia (Maia, 2011)

A deficiência física traz um negativo sobre a pessoa portadora de deficiência física, de que a vida jamais será como antes, isto no caso de um acidente - ou que a sua vida sexual passará por transformações, pois já não será a mesma depois da deficiência e mais

que a sua sexualidade nunca estará de acordo com os padrões morais e sociais vigentes (Ribas,2003).

Para Maia (2011) a deficiência física é uma questão globalizada, uma vez que existem em diferentes países, culturas e lugares do planeta. Porém, o desenvolvimento econômico, político e social deve está atento para compreender como a deficiência afeta o indivíduo no meio em que ele esta inserido, ressaltando que muitas das condições favoráveis ao desenvolvimento da pessoa com deficiência e de suas relações pessoais, incluindo a sexualidade, estão atreladas e dependem do contexto e das condições econômicas, sociais e educacionais dela e de quem convive com ela.

Neste sentido, pesquisas têm classificado a deficiência como uma identidade minoritária, não apenas relacionada ao infortúnio pessoal, mas como um produto social, que é construído pelo contexto onde se manifesta. A deficiência é entendida como um fenômeno social que não está intrínseco ao indivíduo, muito embora a mesma esteja explicita no corpo ou em um comportamento atípico, ou seja, o seu conceito esta relacionado a um dado contexto histórico (Maia, 2012).

Para Maia (2011) ter uma deficiência na sociedade em que vivemos, está sempre ligado mais a desvantagens do que a vantagens, pois ser deficiente significa uma falta, um defeito, uma imperfeição, etc., levando sempre a atitudes de preconceito e discriminação, agravando a rejeição dos outros com relação a pessoa deficiente. Por outro lado, o reconhecer-se como pessoa com deficiência pode levar este indivíduo a desenvolver atitudes positivas e otimistas diante das mudanças da vida e das adaptações necessárias, alcançando estratégias que busquem um equilíbrio emocional, uma vez que lesões graves influenciam na auto-imagem e na adaptação da identidade do sujeito.

Maia (2011) afirma que a auto-estima da pessoa com deficiência, depende das relações sociais e eróticas favoráveis às quais são desenvolvidas no meio familiar e nas

instituições. Assim, o feedback positivo é condição favorável para que se desenvolva no indivíduo um processo de aceitação social, integração, independência e autonomia, onde a mediação entre sujeito deficiente e sociedade, ou seja, os vínculos afetivos familiares e sociais sejam estabelecidos por meio de reforçadores, sentimentos de amor, afeto e aceitação.

Outro aspecto agravante é com relação aos profissionais de saúde que se preocupam muito mais com os aspectos neurológicos, lesionais ou da doença de que com o indivíduo deficiente de forma global, ou seja, dos aspectos psicológicos, biológicos, históricos e sociais. A omissão desses aspectos contribui para alimentar no deficiente a sensação de ser incapaz de desenvolver uma vida sexual plena.

Os médicos e paramédicos devem compreender que a pessoa com deficiência está lutando pela vida que conhecia - isto no caso de uma deficiência adquirida - e não pela vida que tem após a aquisição da deficiência, fato que ocorrera durante um bom período de tempo. O desejo de recuperar-se é a sua motivação, até que a pessoa com deficiência perceba o limite imposto pelas novas condições do seu corpo (Ribas, 2003).

As barreiras artificiais que a sociedade impõe tendem a uma segregação, forçando as pessoas deficientes a alimentarem a idéia errônea de que elas só podem relacionar-se entre si, criando assim o preconceito de que uma pessoa dita “normal” ao se relacionar com uma pessoa deficiente é considerada fracassada, uma vez que não é capaz de atrair uma pessoa também considerada normal, neste contexto pessoas deficientes na sua essência são equivocadamente consideradas inferiores, por isso tendem a atrair pessoas semelhantes. Outro preconceito é que toda deficiência ocasiona outra deficiência (Pinel, 1999).

O estigma de ser deficiente faz com que a sociedade considere todos os deficientes iguais, quando na verdade se tem deficientes com graves limitações, mas também aquelas pessoas cuja deficiência não lhe trás nenhuma ou quase nenhuma incapacidade. O que se

nota é certa relatividade que se apresenta tanto em nível sociocultural como também em nível físico.

Para Ribas (2003) a deficiência no Brasil recai na questão social e, como argumenta a *Rhabilitation International*- entidade internacional de reabilitação com sede em Nova York -, os deficientes do terceiro mundo são “gente para quem as únicas condições de vida são a pobreza, a fome, a ignorância, a miséria e a falta de perspectiva,” (p.40), uma vez que a população pobre está sujeita a carência de alimentação mínima necessária, à falta de higiene, à moradia em habitações precárias, à falta de saneamento, aos acidentes de trabalho. Assim, estes indivíduos são mais expostos a doenças, contaminações e acidentes que podem trazer como consequências o nascimento de crianças deficientes ou a aquisição de deficiências.

Dentro da perspectiva de reabilitação, uma equipe que tem como objetivo reabilitar pessoas deficientes deve ser composta por fisiatra, neurologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social enfermeiro, técnico em órtese e prótese. O objetivo recai em ver o indivíduo como ser humano total, embora sejam vários olhares profissionais sobre um mesmo ser, o foco desta equipe é a reabilitação física e social deste indivíduo com deficiência(Ribas,2007).

O interesse deste estudo recai sobre a Paraplegia, deste modo, necessário se faz contextualizá-la nos seus aspectos anatômicos e fisiológicos. A seguir o próximo tópico abordará informações básicas que permitem esclarecer e desmistificar questões sobre a lesão medular/ paraplegia.

2.1 CARACTERÍSTICAS ANATÔNICAS E FISIOLÓGICAS DA LESÃO MEDULAR / PARAPLEGIA

Segundo o Instituto Novo Ser (2015) denomina-se lesão medular a danificação da medula espinhal como resultado de um trauma, doença ou por defeito congênito, havendo alterações na sensibilidade e na função motora, dependendo da extensão e da localização da lesão.

Para Machado (2000), a medula espinhal, encontra-se dentro da coluna vertebral, não possuindo calibre uniforme por possuir as intumescências cervicais, lombar, local de onde se originam grande parte do número de nervos através dos plexos braquiais e lombos sacrais, innervando respectivamente os membros superiores e inferiores, caracterizada por uma massa alongada. Dividindo-se em traços longitudinais de axônios, constituindo a substância branca, que circula as regiões centrais da substância cinza, região esta onde se concentra a maior parte dos corpos celulares dos neurônios espinhais. A Figura 2 ilustra um corte transversal da medula espinha.

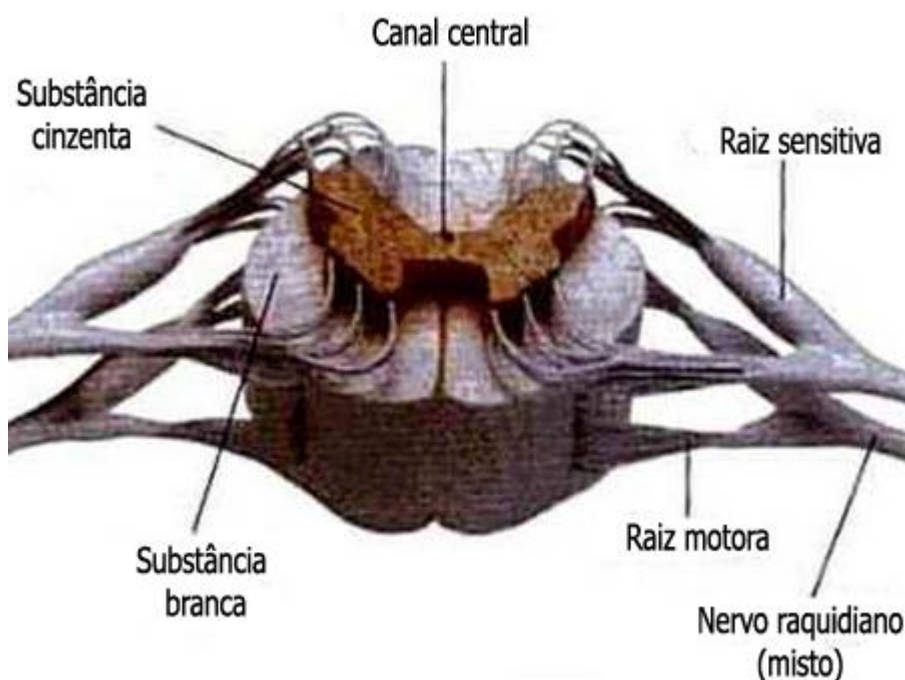


Figura 2 Corte transversal da medula espinhal¹

A coluna vertebral é composta por 33 vértebras empilhadas uma sobre a outra que juntamente com os músculos, cuja função principal é a sustentação, o equilíbrio e o movimento. Existe um orifício central formando o canal vertebral que possui a função de proteger a medula espinhal. No ser humano adulto a medula espinha mede aproximadamente 45 cm estendo-se da base craniana até a 2ª vértebra lombar, terminando de forma afilada e transformando – se em uma calda, chamada de cauda equinal(Figura 3).

¹Retirado de:< <http://www.sobiologia.com.br/conteudos/FisiologiaAminal/nervoso9.php>



Figura 3. Coluna vertebral²

A medula faz conexões entre o cérebro e o corpo e dela saem os nervos espinhais, cuja função é conduzir os impulsos nervosos e motores, sendo responsável pela inervação do tronco, braços, pernas e parte da cabeça. Os nervos espinhais são distribuídos pelos músculos, pele, vísceras e também estão relacionados com a temperatura, dor, pressão e tato. Através dos mesmos (nervos) se explica acontecimentos como dor, frio, vontade de urinar e pegar um objeto. Existem 30 pares de nervos espinhais: oito pares de nervos cervicais, 12 pares torácicos, cinco pares lombares e cinco pares sacrais. Cada nervo percorre um trajeto definido, recebendo o nome da raiz que o inerva, identificando assim a

² Retirado de: www.fraterbrasil.org.br/lesao%20medlar.htm

raiz nervosa responsável pela sensação e movimento da região do corpo (Instituto Novo Ser, 2015)

Os nervos espinhais periféricos cada nervo está ligado à medula como um “Y”, apresentando duas raízes: uma raiz dorsal na qual existe um gânglio (dilatação), que contem os corpos celulares de neurônios sensoriais que são provenientes da periferia do corpo e uma raiz ventral, através da qual emergem feixes de axônios de neurônios motores, cujos corpos celulares estão localizados na substancia cinzenta da medula. Estas duas raízes se juntam formando o cabo único do “Y”, percorrido tanto pelos feixes sensitivos como pelo feixes motores, levando as informações de movimentos para os diferentes músculos do corpo (Defino, 1999; Instituto do Novo Ser, 2017; Kendel et al., 1995).

Os nervos são feixes de fibras nervosas envoltos por uma capa de tecido conjuntivo, os mesmos são constituídos de vasos sanguíneos responsáveis por nutrir as fibras nervosas. Já as fibras, que se fazem presentes nos nervos podem ser tanto dendritos como axônios, que conduzem respectivamente, impulsos nervosos das diversas regiões do corpo ao sistema nervoso central. Os gânglios aparecem como pequenas dilatações em certos nervos (Delfino, 1999; Kendel et al., 1995)

Os nervos podem ser classificados como sensitivos, motores e mistos. Os nervos sensitivos ou aferentes são os que contem somente fibras sensitivas, ou seja, que conduzem impulsos nervosos dos órgãos dos sentidos para o sistema nervoso central. Os nervos motores contêm fibras motores, que são responsáveis em conduzir impulso do sistema nervoso central até os órgãos efetadores (músculos ou glândulas). No que se referem aos nervos mistos, esses contêm fibras tanto sensitivas quanto motoras e conduzem impulsos nos dois sentidos, das diversas regiões do corpo para o sistema nervoso central e vice – versa (Instituto do Novo Ser, 2017).

Para Nogueira (2005), o entendimento desta complexidade é imprescindível para o estudo da lesão medular, uma vez que se podem identificar os efeitos de uma lesão num determinado ponto da coluna. Diniz (2012) nos mostra que a morte dos neurônios da lesão medular dar-se pela interrupção da comunicação entre os axônios procedentes do cérebro e suas conexões com os neurônios da medula, interrompendo a transmissão entre o cérebro e as partes do corpo abaixo da área afetada pela lesão.

Neste sentido, a lesão medular torna-se uma grave síndrome neurológica incapacitante, sendo caracterizada por paralisia ou paresia, espasticidade, movimentos involuntários, ataxia e incoordenação, perda sensitiva, alterações neurovegetativas vasomotoras, esfinterianas e de expressão da sexualidade, além de interferir em outros aspectos da vida do ser humano a nível social e psicológico (Defino, 1999, Greve – Casalis – Barros filho, 2001).

Para Maia (2012), lesão medular produz alterações motoras, sensitivas e neurovegetativas e como consequências ocorrem perdas das funções motoras e sensibilidade das pernas, tronco e braços, dependendo da vértebra na qual ocorreu a lesão e da sua extensão. As lesões medulares podem ser classificadas em traumáticas e não traumáticas. As primeiras possuem maior incidência e geralmente são ocasionadas em decorrência de acidentes automobilísticos, lesões por mergulho em água rasas agressões por arma de fogo ou arma branca, quedas e outras causas que causam impacto sobre a coluna e a medula. As não traumáticas possuem como causas por doenças que comprometem a medula espinhal e são classificadas como congênita tumorais, infecciosas, doenças neurológicas, sistêmicas e vasculares, Acidente Vascular Cerebral (AVC). A população mais atingida por lesões medulares é predominantemente composta por adultos do sexo masculino e as causas são mais de origem traumática, por acidentes de carro, esportes, quedas, mergulho e armas de fogo, assim como por situações de violência.

Para Campos da Paz et al (1992) o diagnóstico da lesão medular está associado a diversos fatores, principalmente a etiologia da lesão e o grau de comprometimento da medula, o que dependerá da altura da lesão medular. Os casos que se enquadram na paraplegia, são ocasionados por lesões a nível torácico, lombar ou sacral, originando comprometimento motores e/ou sensitivos em tronco e pernas ou apenas nas pernas, já a tetraplegia está relacionada às lesões a nível da coluna cervical, proporcionando comprometimento das funções motoras e/ou sensitivas que repercutem nos braços, troncos e pernas.

Lianza (2001) aponta que as lesões podem ser completas ou incompletas, sendo que as primeiras caracterizam-se pela ausência de função motoras e sensitivas em miótomos e dermatômeros, que são inervados pelo seguimento sacrais da medula e as incompletas possuem como características a conservação da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível da lesão.

Vale salientar que a lesão medular não compromete necessariamente a parte intelectual: raciocínio, memória, compreensão, apenas se o mesmo chegar a ser atingido. Neste caso, pode-se observar alterações na parte intelectual, além de afetar a língua, boca, olhos, etc. dependendo da gravidade da lesão cerebral.

Talvez, entre as deficiências a que traga mais problema no que diz respeito à sexualidade seja a lesão medular, especificamente a Paraplegia e a Tetraplegia, que resultam normalmente de uma lesão medular, a qual caracteriza – se por completa ou incompleta incapacidade, dependendo do fato de existir ou não controle e sensibilidade periféricas abaixo do nível da lesão.

A pessoa com paraplegia, normalmente traduz-se na perda do controle e sensibilidade nos membros inferiores, impossibilitando a marcha e dificultando a posição de sentar-se. Tal lesão situa-se ao nível da coluna dorsal ou coluna lombar, sendo que

quanto mais grave a lesão maior será o impacto do controle e sensibilidade, já que a medula é afetada na zona mais próxima do cérebro.

Numa pessoa com lesão medular, é possível que os membros afetados deixem de receber permanentemente qualquer tipo de estímulo, tornando os músculos flácidos, o que se traduz numa acentuada diminuição da massa muscular facilmente visível. Em determinados casos ocorre um fenômeno denominado Espasticidade, caracterizado em manter os músculos ativos através de movimentos involuntários, o que torna de certo modo bastante incomoda, chegando a determinadas situações limitar a vida ativa do indivíduo ou até mesmo impossibilitá-lo. A Espasticidade ainda é um fenômeno não totalmente compreendido pela comunidade científica (Kendel et al 1995).

Outro efeito secundário relacionado a Paraplegia diz respeito ao sistema fisiológico, uma vez que a pessoa afetada na maioria das vezes perde o controle das suas necessidades fisiológicas, fato que leva ao procedimento da algaliação, ou seja, a remoção da urina acumulada na bexiga.

Segundo Silva, Schoeller, Gelbcke, e Carvalho - Silva (2012), no Brasil, o censo não possibilita a separação dos casos de lesão medular e cerebral, o que dificulta ainda mais a análise nacional em termos de contabilizar o número de pessoas com lesão medular no país. As causas mais comuns são: traumatismos, tumores, doenças degenerativas que atingem o aparelho locomotor, más formações congênitas ósseas, musculares ou do sistema nervoso, amputações, problema ortopédicos incapacitantes.

2.2 SEXUALIDADES E DEFICIÊNCIA FÍSICA

Desde a antiguidade até os dias atuais, as pessoas portadoras de deficiência física enfrentam problemas sociais que tem sido marcada pelo preconceito, pela marginalização e

pela exclusão. Segundo Dall’Alba (2004), a sociedade ainda mantém presente as formas pelas quais a população se relaciona com o corpo, é bem verdade que esta concepção de relacionamento corporal não atinge todos os membros da nossa sociedade, mas principalmente os deficientes.

O termo “deficiente físico” está associado á pessoas que apresentem alguma forma de “anormalidade”, acometendo suas funções, sejam motoras, cognitivas ou afetivas. Uma idéia que se fixa apenas no plano biológico e que prioriza uma característica física - um membro amputado, uma paralisia em detrimento da pessoa.

A sociedade possui uma postura extremamente narcisista e capitalista, que tem feito perder progressivamente seus parâmetros de valorização do ser humano, o qual é tido em conta a partir da força de trabalho que ele representa e da sua produção. O consumismo desenfreado passou a criar padrões efêmeros de beleza, alimentando assim a idéia de que apenas os jovens, bonitos, magros e ricos têm direito a vida sexual. Os deficientes físicos, assim como outros grupos negros, homossexuais, etc., por não se enquadrarem nesses padrões que na maioria das vezes são ilusórios, geram em torno de si mesmo uma serie de conflitos que os impedem de serem seres felizes.

Para Campos (2007), a sexualidade é um aspecto inerente ao ser humano, que embora apresente certas diferenças e particularidades, independente da existência ou não de incapacidade física. Partindo deste principio, sexualidade e deficiência não podem ser vistas como fenômenos abstratos e restritos, mas sim como manifestações particulares numa mesma pessoa. Ao ser negada a sexualidade as pessoas com deficiência física, ignora-se a existência dessa mesma sexualidade, que mesmo oculta se faz presente, ação essa que corrobora com a doutrina religiosa no século XIX, que considerava as pessoas com deficiência “possuídas pelo demônio”, sendo muitas vezes condenada a morte.

Na antiguidade, este fato também ocorria na cidade grega de Esparta, onde as pessoas com deficiência que não serviam para a guerra, eram consideradas inúteis, desta forma, os deficientes não tinham direito algum a exercer sua cidadania e muito menos a sua sexualidade.

Para sociedade contemporânea, o fato de uma pessoa com deficiência manter relações sexuais, ter um corpo saudável e desejável se apresenta como algo estranho e raro. Pinel (1999) associa esta visão a um dos mitos mais comuns que é pensar que as pessoas com deficiência são assexuadas; essa idéia geralmente surge a partir de uma combinação entre a limitada definição de sexualidade e a noção de que o deficiente é neutro e não tem as mesmas necessidades, desejos e capacidades de uma pessoa não deficiente.

Neste sentido, Campos (2007) argumenta que esta visão é decorrente de como as pessoas são percebidas, particularmente as pessoas deficientes são vistas como desprovidas de beleza física e incapazes de exercerem sua sexualidade. Esta idéia está relacionada ao contexto de valorização e culto do corpo que a sociedade atual tem dado, no sentido de almejar e desejar um corpo perfeito, tornando-se uma compulsão, unicamente com o intuito de atingir um padrão ideal de beleza.

A visão que será abordada nesta tese a deficiência física e a sexualidade dispensam qualquer pretensão do reducionismo biológico, físico, psicológico ou social, partindo do princípio que o ser humano existe enquanto um ser Bio - Psico- Histórico – Social, não sendo possível dissociar estes aspectos, mas vê-los de forma integralizada.

A dificuldade em lidar com a perspectiva de que uma pessoa com deficiência física possa ter desejos sexuais costuma ser incômoda, justamente porque se esquecem que a sexualidade não é só uma atividade genital, mas sim, a mais íntima manifestação de vida: desejo mais primário no que diz respeito a amar e ser amado.

Entre os mitos que a coletividade mantém, está a relação entre sexualidade e deficiência, que são geralmente criados por uma sociedade que insiste em visualizar as debilidades e não as capacidades das pessoas com deficiência, uma vez que as mesmas são vistas como frágeis pobres coitados, assexuados, que não apresentam as mesmas necessidades, desejos e capacidades dos não deficientes.

No que diz respeito ao mito de que pessoas com deficiências são assexuadas, Maia (2011) afirma:

Em geral essa crença está relacionada à idéia de que essas pessoas são dependentes e infantis e, portanto, não seriam capazes de usufruir de uma vida sexual adulta, realizando – se com o sexo. Parece que a dependência, como precisar de ajuda para se alimentar ou se limpar, contribui para que a pessoa seja considerada uma criança e isso aumenta a visão de que ela seja assexuada. Não é que a criança não tenha sexualidade, mas ela exibe uma noção de pureza que acaba sendo incorporada nas pessoas com deficiências que são vista (ou tratadas pelos outros como infantis. Não existe nenhuma pessoa assexuada. Mesmo que ela não faça sexo, será sempre alguém dotado de erotismo e sexualidade ampla. A dessexualização do indivíduo é social e não fisiológica (p. 87)

Para Pinel (1999) a compreensão da sexualidade no indivíduo com restrições ou dificuldades motoras ou sensoriais – advindas ou não de doenças, distúrbios ou acidentes - exige um reconhecimento de visão pessoal do que seja sexualidade e da noção de saúde e integridade física e funcional, uma vez que essas duas dimensões elucidam sentimentos e emoções intensas, não podendo ser vista de maneira objetiva e sim, de forma subjetiva, pois não são fenômenos abstratos e restritos, mas devem ser vistos como manifestações particulares num mesmo indivíduo.

A sexualidade é inerente a todo ser humano, as diferenças podem ocorrer apenas na exteriorização da atividade sexual, portanto, definitivamente ser *deficiente físico* não é sinônimo de ser assexuado. Para Puhlmann (2000), toda pessoa é um ser sexual, independente de idade, sexo, raça ou deficiência, mesmo contrariando a família, as instituições ou a sociedade. O fato de sermos seres humanos, portanto sexuais, elimina a necessidade de modelos que devem ser seguidos. Nascemos e nos fazemos seres sexuais, uma vez que a expressão da sexualidade, em alguns casos, pode ter sentido de prazer e, conseqüentemente, a expressão e manifestação de sentimentos profundos, podendo ser para outros um vetor de graves dores pessoais, isto devido à falta de informação, repressão, silêncio, temor, chegando a causar problemas sexuais de difícil solução.

A capacidade que o indivíduo tem de se abrir para desfrutar da sua atividade sexual, com desprendimento, sem temores, vergonha, culpa ou preconceito- está relacionada com sua saúde sexual, pois esta mesma saúde é o caminho para o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar pessoal, dando uma atenção minuciosa às condições fisiológicas, psicológicas e sociais, no sentido de que estas condições possibilitem ao deficiente físico o reconhecimento das possibilidades de todo o corpo para sentir, receber e dar prazer.

Maia (2011) afirma que a maioria dos problemas pelos quais passam as pessoas com lesão medular, possui uma característica de índole psicossocial. Neste sentido, a referida autora afirma que a excitação e a resposta genital são extremamente vulneráveis as mensagens negativas do cérebro; à ansiedade sobre a doença, aos eventos do dia-a-dia ou a própria preocupação com o desempenho sexual. Estes são fatores que, sem dúvida, provocam efeito devastador no funcionamento sexual, agravando-se a eles somam-se problemas conjugais ou de relacionamentos, conquanto, estes fatores estão associados aos desempenhos que se espera corresponder ao padrão de uma sexualidade considerada normal, principalmente quando adquirida na vida adulta.

Vale salientar que o indivíduo nasce e morre com a sexualidade, e que a mesma se transforma com a idade, as experiências e acontecimentos da vida de cada um. É preciso destacar que a sexualidade é um direito intrínseco do ser humano, não podendo ser abolida ou definida pela sociedade, não podendo esta proibir, ditar formas de expressão, disciplinar todas as infinitas transformações e manifestações sexuais.

Para Puhlmann (2000):

Os deficientes físicos têm uma imagem estigmatizada; ou de super – herói, frio, calculista e extremamente preocupados com sexo, ou de coitadinho, dependente, frágil, digno de pena, impotente, incapaz de lidar com a vida e com as frustrações, uma pessoa inadequada e desinteressante. A imagem sexual desfavorável que a sociedade atribui ao deficiente físico é fruto do preconceito e da desinformação a respeito do potencial sexual dos deficientes. Em nossa sociedade somos educados de modo a padronizar reações do mundo e de nos mesmos. A deficiência mobiliza sentimentos ambíguos de atração e repulsa. Esta situação causa uma tensão constante nos relacionamentos: aproximar-se e afastar-se, eis a tensão entre pessoas não deficientes e pessoas deficientes (p. 25).

No indivíduo deficiente as áreas de dificuldades no aspecto do desenvolvimento psicosssexual, segundo Pinel (1999) são:

Imagem corporal - uma vez que passa grande parte da vida freqüentando os serviços de saúde, nos quais a atenção está voltada para o tratamento da lesão e raramente para a pessoa e seus sentimentos, a pessoa deficiente progressivamente assimila a fragmentação, tornando-se escrava de uma imagem social marginalizada onde passa a perceber que existe no seu corpo parte hábil e outras não.

Auto – estima - o comprometimento da imagem corporal mistura-se facilmente as dificuldades de socialização, criando bloqueios emocionais e carência afetiva. O

desejo de amar se torna muito mais aguçado a cada insucesso, causando deteriorização a auto-imagem e a auto-estima, apresentando sentimento de inferioridade e vergonha, muitas vezes impedido o processo de socialização, causando dependência física, emocional e/ou econômica, limitando assim o deficiente ainda mais a própria deficiência. O preconceito social não é unilateral, o próprio deficiente o lança contra si e contra seus pares provocando muitas vezes um auto-exílio (p.216 - 217).

Dificuldade com identidade e papéis sexuais - aprende-se a sentir o que é *Ser homem* e o que é *Ser mulher*, não apenas por meio dos fatores biológicos, mas, principalmente pelo que se assimila do meio social, onde a partir do conceito social se constrói a masculinidade ou a feminilidade. O indivíduo deficiente cresce alheio a estas informações e as mesmas quando lhe são dadas são absorvidas de forma genéricas, o que contribui para uma representação deturpada, negando-lhes o acesso as informações do mundo que o circunda e que utiliza a sexualidade como um meio de comunicação no dia a dia.

Autores como Blackburnm(2002), Bogle –Shaaul(1981), Soares, Moreira – Monteiro(2008), comungam que:

. . . as transformações na imagem corporal geram conflitos que exigem maturidade, assim como a aceitação das diferenças em relação ao padrão social de corpo “perfeito”, especialmente quando se trata de uma mulher. A hipótese de que existe uma maior dificuldade pessoal da imagem corporal nas mulheres com deficiência deve-se a que elas sofrem de forma mais enfática a influencia de um padrão de beleza estereotipado e se preocupam com a possibilidade de sua atratividade, enquanto que os homens com deficiência relacionam seu conceito pessoal corporal às questões de atitude e desempenho(p. 56).

Aqueles que não se enquadram no padrão corporal de beleza criado ideologicamente pela sociedade na qual estão inseridos são discriminados, gerando frustrações e, conseqüentemente, uma baixa auto-estima, sentido - se incapazes de seduzir alguém ou terem uma vida sexual.

Maia (2011) afirma:

. . . parece que o corpo com deficiência expõe mais que os demais as suas limitações, o que acaba gerando uma generalização de modo preconceituoso para todas as dimensões do ser humano, sendo como a crença sobre a sexualidade das pessoas com deficiência estar relacionada a uma sexualidade atípica, infeliz e fracassada, quando muitas vez é vista com impraticável (p. 63).

No caso das pessoas acometidas por lesão medular, dependendo do grau da lesão e do modo como a pessoa foi acometida, a representação da sexualidade que a pessoa tem esta relacionada ao modo como se compreende as sensações prazerosas, as zonas erógenas e o desejo sexual (Silva - Albertine, 2007)

No que se refere às alterações na resposta sexual, Maia (2011, 2012) considera que são comuns em pessoas com lesão medular, embora não haja um prognóstico preciso, pois dependera de cada caso. Nos homens é comum ocorrer mudanças na ereção e na ejaculação: anejaculação (ausência de ejaculação por obstrução dos ductos ejaculatórios que se dão por inflamação ou trauma que impede a passagem do esperma) e ejaculação retrógrada (direcionada para a bexiga pela disfunção do relaxamento do esfíncter uretral), assim, em decorrência dos problemas, é com uma infertilidade masculina, principalmente nos casos da lesão medular ser completa e uma disfunção erétil total, parcial ou de manutenção. Em quatro homens com lesão medular, um não apresenta ereção de nenhum tipo e, na maioria dos outros casos a ereção é reflexa e sem controle voluntário. Nas mulheres, a fertilidade costuma ser preservada, porem ocorre à diminuição

da sensibilidade da estimulação clitoriana ou anal, diminuição da lubrificação e da sensação do orgasmo. Para que haja uma melhor análise destas mudanças, é necessário saber se a lesão é completa ou incompleta e, em todos os casos, as alterações orgânicas dependem de estados subjetivos.

França - Chaves (2005), ao estudarem mulheres paraplégicas com idade entre 25 e 35 anos, concluíram que as mesmas vivenciaram um processo de negatização da auto-imagem e do auto-conceito que institui a crença de serem pessoas indesejáveis, gerando um processo de auto exclusão, determinado pela baixa auto-estima e pela auto discriminação, sinalizada pelo medo do fracasso sexual, estando isto relacionado à construção social do ideal de beleza. Para as autoras, o que interfere na sexualidade destas mulheres são as questões sociais, ideológicas, políticas e religiosas, além de suas características pessoais tais como culpa, pecado, medo do fracasso sexual e a crença que a sua condição é doentia e anormal.

Um estudo de caso sobre a sexualidade masculina na paraplegia adquirida Silva – Albertini (2007) analisaram a historia de, um homem de 26 anos, que adquiriu a paraplegia através de um tiro de arma de fogo. Verificou – se que tal individuo possuía uma idéia de masculinidade relacionada à virilidade e a violência, e assim sendo, teve que reinventar a sua sexualidade passando a ter outra representação da mesma.

Paulino Alves, Xavier França, Cavalcanti Costa, Limeira Lopes e Santos Baptista (2013) ao estudarem a representação de jovens com deficiência adquirida, concluíram que a deficiência física adquirida em qualquer fase da vida causa repercussões de ordem biopsicossociais, tais como preconceito, discriminação, não aceitação da nova condição, principalmente na fase da adolescência e juventude, onde tais repercussões são mais severas em virtude do sujeito adolescente não apresentar amadurecimento suficiente para enfrentar a perda.

Soares, Moreira e Monteiro (2008) no que diz respeito à sexualidade e deficiência física, concluem que existe um grande impacto na diferença da sexualidade das pessoas deficientes principalmente no que diz respeito ao seu componente corporal, uma vez que não sabe lidar e nem possuem informações sobre sexualidade e uma escassez de discussões sobre sexualidade e deficiência física.

Para Froes (2000), a falta de informação é um dos fatores que mais contribuem para o aumento dos conceitos de discriminação, pois negam aos portadores de deficiência o direito de se relacionarem afetiva e sexualmente em vista de se satisfazerem enquanto pessoas que tem entre outros, direito ao amor, ao sexo e a procriação.

A relação entre sexualidade e deficiência física se torna uma questão complexa, pois esta relação envolve dois tipos de representações, a saber: a da própria pessoa com deficiência e a da sexualidade por parte da sociedade ou do grupo ao qual pertence, seja ele familiar, de profissionais e da própria comunidade na qual está inserida. Após a explanação da historicidade, conceituação de deficiência em geral, da lesão medular e da sua relação com a sexualidade, o próximo capítulo tratara do aporte teórico sobre a Teoria das representações Sociais e de estudos empíricos sobre a temática.

CAPÍTULO03. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS,SEXUALIDADE E LESÃO

MEDULAR

Nesta tese, com a finalidade de instrumentalizar a busca pelo senso comum a respeito da sexualidade e sua relação com deficiência física, neste caso, especificamente a paraplegia, fez-se uso de uma abordagem psicossocial amparada na Teoria das Representações Sociais de Moscovici.

A importância da TRS nesta tese se dá por se tratar de uma metodologia de caráter multidisciplinar, sendo marcada pelo procedimento de tornar o familiar em algo familiar, onde o fundamental é tornar a comunicação, dentro de um grupo, relativamente não problemática e reduzir o “vago” através de certo grau de consenso entre seus membros Moscovici (2012b). Neste caso, busca – se entender a comunicação realizada pelo grupo de pertença sobre a sexualidade e sua relação com a paraplegia, ou seja, dando um outro sentido, um outra significação.

A Teoria das Representações Sociais nasce com a publicação do livro *La Psycanalyse, Son image et son public*, escrito por Serge Moscovici em 1961. Surge como orientação alternativa à corrente cognitivista da psicologia Social, com o propósito de oferecer outros caminhos aos estudos sociais e psicossociais, obra esta que foi reformulada pelo próprio Moscovici em 1976. Nesta obra, o autor mostra como o homem comum constrói seu pensamento a partir do conhecimento que tem acesso, demonstrando como a ciência torna-se parte do senso comum, sem contrapor-se aos esquemas tradicionais de pensamento como a religião e a política.

O estudo das representações sociais foi introduzido no Brasil pelos brasileiros que tinham freqüentado, em Paris, a *École de Hautes Études en Sciences Sociales* (EHESS) nos anos 1970, onde haviam cursado disciplinas e realizado suas teses de doutoramento com Serge Moscovici e Denise Jodelet. Estes pesquisadores encontraram - se na EHESS um espaço onde poderiam discutir e refletir sobre os problemas pelos quais seus países se

afligiam e como os estudos das representações sociais se introduziam como uma proposta as respostas aos problemas da vida cotidiana.

Segundo Almeida (2009), a expansão da Teoria das Representações Sociais não se deu sem resistências. No Brasil sua expansão nos meios acadêmicos se deu fora dos grandes centros intelectuais do país, São Paulo e Rio de Janeiro. A grande produção científica nacional com relação às representações sociais à época foi nas universidades do Nordeste e do Centro-Oeste, no início dos anos 80, coincidindo com o período da crise da Psicologia Social, que se encontrava dividida entre as vertentes sintonizadas pela maioria dos pesquisadores brasileiros junto com os pesquisadores americanos e em sua minoria influenciada pela teoria marxista.

Estas duas correntes se opuseram Teoria das Representações Sociais, corrente sintonizada pela vertente americana que via as representações sociais como uma nova roupagem para aquilo que já tinha visto no que se refere aos estudos das atitudes, enquanto que a corrente marxista considerava como um desvio ideológico marcado pelo viés idealista.

Tais resistências não impediram a expansão da Teoria das Representações Sociais no Brasil. Hoje o aporte teórico da TRS encontra-se em plena expansão, percebendo-se uma amplitude nas áreas que tem aderido a este referencial teórico, não se restringindo apenas a área da Psicologia Social, mas, incluindo neste contexto: Educação, Saúde, História, Sociologia, Antropologia, Geografia, Comunicação e meio Ambiente (Loureiro, 2012).

Segundo Loureiro (2012) o crescimento da TRS permitiu a realização da 1ª Jornada Internacional sobre Representações Sociais, realizada na cidade de Natal/RN em 1998, onde se reuniram pesquisadores, docentes e estudantes de várias partes do país, além de contar com a participação de pesquisadores da França, Grã-Bretanha, Portugal, Suíça,

Cuba e Venezuela. Ainda foram realizadas no Brasil a terceira, a quarta e quinta Jornada Internacional nas cidades de Florianópolis, Rio de Janeiro, João Pessoa e Brasília.

Devido a toda esta expansão e todo o processo de articulação acoplado a grande produção científica, discutiu-se na IV Conferencia Brasileira em Representações Sociais, cuja realização ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, a criação e o reconhecimento da estruturação de uma Escola Brasileira de Representações Sociais. Para Almeida (2009) esta escola se estrutura com base nas três abordagens que mais se aproximam do pensamento moscoviciano, a processual, desenvolvida por Denise Jodelet; a estrutural liderada por Jean-Claude Abric e a abordagem societal, defendida por Willem Doise (Loureiro, 2012)

Alba (2011) apresenta argumentos para afirmar o impacto e a importância da teoria das Representações Sociais: em primeiro lugar: as TRS constituem um referencial teórico que aborda fenômenos psicossociais em seu contexto social e histórico, estudando os processos sociais e psicológicos que afetam a sociedade a partir de uma perspectiva alinhada com a complexidade da realidade em que são produzidos, opondo-se a uma Psicologia Social que tinha como base a individualização; em segundo lugar, a TRS representa uma alternativa à crise teórica – metodológica por qual passou a Psicologia Social que tinha como referencial limitado a cognição social e o behaviorismo que no seu controle ignoravam a complexidade dos fenômenos estudados; em terceiro lugar, a TRS, permite a recuperação da noção de sujeito como ator social na medida em que este é considerado um indivíduo ativo, que participa da constituição de sua realidade a partir do contexto sócio- cultural em que está inserido, onde sua ação esta relacionada ao sistema de representações que lhe é próprio, tanto de maneira individualizada quanto social. Moscovici considera o elemento criativo das representações como a capacidade que o indivíduo tem de combinar, criar, recriar suas categorias precedentes para interpretar o

estranho, ao ser inserido um novo elemento a um sistema de conhecimento ou idéias pré – existentes.

Segundo Spink (2010):

A aquisição do conhecimento, nesta perspectiva, é um processo ativo de construção em dois sentidos complementares. Em primeiro lugar, o sujeito é ativo porque ele dá sentido aos objetos sociais, matérias ou ideacionais que o cercam; ou seja, em ultima análise, ele constrói representações ou teorias sobre estes objetos. Em segundo lugar, ele é ativo porque cria, efetivamente, o mundo social através de sua atividade. Neste sentido, o homem transforma a natureza e ao transformá-la, gera as condições sociais para o processo de produção... (p.42).

Jesuino (2011) destaca Jean- Luc- Nancy (2003) acentuando que o prefixo RE, na palavra representação, não constitui uma repetição, mas de enfatizar uma presença e o que permanece ausente nessa presença.

Para Moscovici (1981) a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por objetivo a elaboração de comportamento e a comunicação entre os indivíduos. São conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo status é o de uma produção e não de uma reprodução ou reação a estímulos exteriores, caracterizando-se pela utilização e seleção de informações, a partir do repertório que circula no meio social, destinados a interpretações e a elaboração do real. Assim, representar um objeto, uma pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-la, remita-la ou produzi-la, mas consiste em reconstruí-la, retocá-la e modificá-la.

Para Spink (2010), as representações sociais são formas de conhecimento pratico – o saber do senso comum – que tem por função estabelecer uma ordem que permita aos indivíduos orientarem - se em seu mundo social e material, além de possibilitar a comunicação entre os membros de um mesmo grupo. Ressalta a referida autora ainda o

caráter eminentemente social, uma vez que o significado atribuído advém do meio social, sendo imperativas que as mesmas se remetam as condições de sua produção, a comunicação.

Partindo da historicidade das representações sociais, é inegável a influência de Durkheim sobre a Teoria das representações sociais de Serge Moscovici. Durkheim defendia a idéia de que as representações individuais eram objeto de estudo da Psicologia e as representações coletivas, com ênfase nos processos grupais e culturais, eram designação de objeto de estudo da Sociologia, acentuando ainda mais a visão de que as representações sociais deviam ser estudadas sob o olhar individual, o que na visão de Moscovici se caracteriza como um pensamento sociológico e não psicológico (Loureiro,2012).

De acordo com Alba (2011), Durkheim, em 1898, no seu artigo intitulado Representações Individuais e Representações Coletivas, estabelece a existência de certas entidades espirituais chamadas de representações, que constituem tanto a vida mental dos indivíduos com a vida coletiva das sociedades. As representações individuais têm a função fisiológica do cérebro como abstrato, ainda que não se reduzam a elas, são entidades autônomas, da mesma forma que as representações coletivas são formadas pela combinação e pelo concurso das consciências individuais que em seu conjunto constituem algo diferente destas.

Segundo Loureiro (2012), Moscovici ao enfatizar o pensamento de Durkheim, retoma o conceito de representações coletivas, destacando o caráter social das representações. Tal conceito pressupõe que a vida social é a condição necessária de todo pensamento organizado e a representação coletiva é uma classe genérica de fenômenos psíquicos e sociais, designados através da ideologia, dos mitos, da ciência e da religião.

Para Durkheim (1983, p.287), a sociedade é um “sistema de relações que geram crenças, normas, linguagem, ritual, coletivamente partilhado que mantém as pessoas

coesas”, defendia ainda que as representações coletivas eram formas de integrar socialmente os homens e que as mesmas possuem como características a manutenção do grupo coeso e a transmissão da herança dos antepassados, resultando como soma das representações individuais. Segundo o sociólogo a sociedade penetra na consciência do indivíduo por meio da educação e o regula exercendo forte poder de coesão social.

Para Moscovici, a noção de coerção é menos forte, embora, seja verdade que os indivíduos estão profundamente marcados pela sociedade a que pertencem, eles tem o benefício do livre – arbítrio de escolher certas leituras, certas emissões televisivas, intelectuais ou artísticas.

A razão de Durkehiem afirmar que as representações possuem um caráter coletivo, estável e coercitivo, segundo Minayo (2003), no sentido de que as representações se referem às categorias de pensamento através das quais, determinada sociedade elabora sua realidade onde, em qualquer instituição, o conhecimento e as crenças possuem uma existência antes, durante e depois da existência dos indivíduos singulares. As representações coletivas são fenômenos sociais externos, independentes dos indivíduos e anteriores a eles. As manifestações mais importantes da vida coletiva, como as representações, as crenças, as práticas religiosas, as regras morais, as regulamentações legais, etc., têm uma caráter obrigatório, o que prova que estas formas de pensar e agir não são obras de um indivíduo, mas de um poder moral que os ultrapassa (Alba, 2011).

É inegável o reconhecimento que Moscovici dá para os fenômenos sociais, políticos, religiosos, filosóficos e artísticos na constituição das representações. Porém, ao elaborar o conceito de representações sociais, ele o faz tendo como referencia a sociedade moderna e toda sua dinâmica, negando a uniformidade na aquisição dos símbolos e rituais compartilhados por todos os indivíduos do mesmo meio social. Moscovici ressalta que as representações individuais se dão a partir de uma complexa rede de interações sociais,

onde são considerados os aspectos tanto individuais quanto coletivos. O dinamismo das representações sociais permite uma integração de dimensão temporal na análise dos processos psicossociais, demonstrando sua consonância com as mudanças da sociedade contemporânea, permitindo estudá-la no presente, passado e futuro.

Para Alba (2011) Moscovici vai além das idéias de Durkheim que tinha atribuído a Psicologia social, pois não empreende o estudo das leis de ideação coletiva, mas define com mais precisão o que são as representações sociais, como se constroem cognitivamente e socialmente. Moscovici apresenta um método para a sua análise, dando às representações sociais, maior flexibilidade e dinamismo, colocando-as no contexto das sociedades contemporâneas associando-as às novas formas de pensamento que geradas nas sociedades atuais (saber científico, ideologias) e não apenas limitando-as aos saberes tradicionais, permitindo observá-las tanto a em nível individual como coletivo; considerando em sua construção os processos de comunicação (Inter individual, grupal, de massa) e fazendo delas a base de uma Psicologia Social do conhecimento.

Segundo Viera (2012), Araujo, Coutinho e Carvalho (2005), a história das representações sociais insere-se na interrelação entre os atores sociais, o fenômeno e o contexto que os rodeia. Para estas autoras, as representações são constituídas por processos sociocognitivos nas interrelações sociais, significando que as mesmas têm implicações na vida cotidiana e que a comunicação e os comportamentos adotados por um grupo de indivíduos acerca de um objeto são resultantes do modo como estes representam socialmente este objeto.

Segundo Alba (2011), Durkheim afirmava que as representações coletivas deviam ser estudadas como eventos sociais separados dos indivíduos, pois ao estudá-las em nível individual perderiam sua especificidade e complexidade, já que se encontram incompletas em cada um, o que o difere de Moscovici que propõe desenvolver uma Psicologia Social

do conhecimento, focalizando sua atenção na construção do pensamento social, na maneira como os indivíduos constroem as teorias ingênuas da realidade para interpretar o mundo que o rodeia, a partir de noções socialmente compartilhadas e que servem como guias de ação, comunicação e interação com os outros. Neste sentido, as representações sociais são uma forma de conhecimento particular, cuja função é elaborar comportamentos e permitir a comunicação entre os indivíduos.

Moscovici (2012a) distingue o conceito de representação social do de mitos, da ciência e de ideologia e ao mesmo tempo o compara com os conceitos da origem psicológica que estão associados as representações sociais, como opinião, atitudes e imagem. Relacionando mito e representações sociais, para ele o primeiro é uma forma arcaica e primitiva de se pensar o mundo, enquanto que as representações sociais são formas normais e complexas de pensar o mundo.

No que diz respeito à ciência, acredita Moscovici (2012b), que a mesma não é o único conhecimento elaborado como verdade absoluta, para ele o senso comum também deve ser valorizado como uma forma de conhecimento uma vez que exerce influencia sobre o comportamento dos indivíduos, indo assim de encontro ao pensamento que se atribui ao conhecimento comum, que é caracterizado como deficiente errado. Com este pensamento, para ele a base da consciência social estaria na tríade: ideologia, conhecimento científico e senso comum.

Ao surgir a Teoria das Representações Sociais, a mesma se depara com os conceitos de mito, ideologia e ciência como algo externo ao qual o individuo responde, com relação as representações sociais para Moscovici não existe esta separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito, na sua representação o sujeito é ativo, pois de certa forma reconstrói esse objeto, constituindo-se como sujeito, situando ele próprio no universo social e material, não existindo assim algo acabado e único.

De acordo com Alba (2011) o que diferencia as representações sociais das representações coletivas se encontra na gênese das representações e não na sua natureza. Moscovici (2012) reafirma o fato de que sua teoria não está interessada apenas no conteúdo das representações, mas também nos processos de construção da realidade elaborada por indivíduos e grupos, durante suas interações, em um contexto determinado por valores, normas e noções compartilhadas.

O referido autor as aborda como produto e como processo de construção social da realidade. As representações sociais são entidades quase tangíveis, mas que não apenas se cristalizam nas grandes produções sociais, tais como mitos, crenças, lendas, religiões etc., mas também nos gestos da vida cotidiana em geral, na palavra, nas relações sociais, em nossa forma de ver o mundo, em nossas comunicações. Elas são construídas pelo indivíduo para interpretar um contexto cada vez mais complexo, devido aos meios de comunicação de massa, aos sistemas urbanos e a vida moderna sofisticada pelos grandes avanços tecnológicos que penetram na vida cotidiana de todos.

O conceito de representação social compreende um processo sociocognitivo específico e não apenas uma ampla classe de idéias ou uma categoria demasiado geral que visa abranger toda forma de pensamento social. Ao reconhecer que as representações são ao mesmo tempo, geradas e adquiridas, elas tornam-se mais dinâmicas e perdem seu caráter estático, fixo e pré-estabelecido que tinha o conceito original, uma vez que não se trata de entender a tradição, mas a inovação, nem a vida social, já feita, mas o curso da construção (Alba, 2011).

Na TRS a tônica está em como os sujeitos constroem suas representações a partir de suas experiências, de suas afiliações a grupos diferentes, da posição que ocupa na estrutura social, de seus conhecimentos formais e informais. Trata-se em certa medida, da recuperação do sujeito que, embora seja socialmente determinado, possui uma margem de

originalidade e criatividade ao construir suas teorias sobre o mundo. Não somente molda as teorias a partir de sua vida pessoal, mas também tem a arte de combinar a sua maneira, o corpo de conhecimento e crenças que adquiriu ao longo da vida. Nesse sentido, a TRS estabelece um vínculo entre o indivíduo e o coletivo. Estudando como o social se manifesta nas representações que as pessoas fazem em sua vida diária e a compartilha com os outros.

Segundo Palmonari e Cerrato (2011), para Moscovici algumas representações sociais estão baseadas principalmente nas crenças e outras formas de conhecimento. Para as Representações Sociais as crenças são consideradas elementos com alguma consistência e duração, fundadas na cultura, na tradição e na linguagem, já as representações sociais são baseadas no conhecimento e implicam em diferentes tipos de saber, uma vez que tem como base o conhecimento científico transformado na experiência, nos relacionamentos interpessoais, nas conversas e na vida cotidiana.

O caráter de multidisciplinaridade das Representações Sociais é destacado por Lahlou (2011) quando:

Como as representações é um processo psíquico, o conceito refere-se à análise dos processos mentais que tratam da percepção e da representação mental de objetos materiais e sócias (em suma, o conjunto da psicologia cognitiva, da teoria freudiana e da psicologia do desenvolvimento). Finalmente o conceito remete ao papel societal do conhecimento (assunto abordado pela antropologia e pela sociologia sobre o termo cultura). Seria necessário abraçar estas disciplinas para dar conta completamente dos diferentes aspectos da representação social (p. 67).

Ao reformular sua obra, Moscovici (2012) observa que a marca da Teoria das Representações Sociais é tornar o não familiar, familiar, ou seja, atribuir um sentido, uma

significação, quando justamente tal significação não é óbvia e, principalmente, quando não se encaixa no conhecimento corrente.

Segundo Moscovici (2012a):

A presença real de algo ausente, a “exatidão relativa” de um objeto é o que caracteriza a não familiaridade. Algo parece ser visível, sem o ser: ser semelhante, embora sendo diferente, ser acessível e, no entanto inacessível. O não familiar atrai e intriga as pessoas e comunidades enquanto, ao mesmo tempo, as alarma, as obrigam a tornar explícitas os pressupostos implícitos que são básicos ao consenso(p.56).

Percebe-se que isso acontece devido ao fato de que a ameaça de perder os marcos referencias, sobre os quais esta constituída sua representação ou o seu conhecimento, a sua compreensão, a sua noção de continuidade, esta ameaçada. Neste sentido, por não corresponder exatamente ao deveria ser, o individuo passa a rejeitar instintivamente, por que o objeto percebido ameaça a ordem estabelecida, isto quer dizer que toda vez que um objeto é representativo de algum objeto comum, no entanto apresentam características que não são familiares, o mesmo sofre modificações nas suas características no sentido de se tornar familiar.

No que se refere à familiaridade, a mesma se caracteriza com o objetivo de adaptar e confortar o individuo, para que o mesmo busque dar continuidade seja no grupo ou ao individuo, descartando a ameaça e a descontinuidade de sentido, pois ao se estudar uma representação é necessário descobrir a característica não familiar que o motivou.

Toda representação surge da necessidade de transformar algo que é estranho, que não se compreende em algo familiar, isto seria uma das funções principais da representação, exercer o domínio sobre o desconhecido. Os grupos produzem representações também como forma de filtrar informações que provém do meio social com

a finalidade de moldar o comportamento individual, caracterizando como um tipo de manipulação do processo de pensamento e da estrutura da realidade

A familiaridade dar-se através de dois mecanismos de processo de pensamento que é baseado na memória e em conclusões passadas. Estes processos são a ancoragem e a objetivação. Moscovici (2012a) define ancoragem como um processo que transforma algo estranho e perturbador em um sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que o indivíduo pensa ser apropriada, pois quando, o objeto é comparado ao paradigma estabelecido de uma categoria o mesmo passa a adquirir características desta categoria, passando a ser re-ajustado para que se enquadre na mesma (p.62).

Uma vez aceita esta classificação, qualquer opinião relacionada com a categoria estará também relacionada como objeto ou a idéia percebida, pois ancorar é classificar, dar nome a alguma coisa, que não são classificadas e que não possuem nomes, são estranhas, não existe. Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas existentes na memória para estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele.

Para Moscovici (2012b) o que é anônimo é o que não pode ser nomeado, não pode tornar-se uma imagem comunicável ou ser facilmente ligado a outras imagens. É relegado ao mundo da confusão, incerteza, inarticulação, mesmo quando o indivíduo é capaz de classificá-lo aproximadamente como normal ou anormal. Na realidade, dar-se uma identidade social ao que antes não era identificado, o conceito científico torna-se parte da linguagem comum, é dado um sentido ao que antes não tinha no mundo consensual. Classificar e dar nomes são dois aspectos da ancoragem das representações.

Ao definir objetivação, Moscovici (2012b) diz que a mesma une a idéia de não familiaridade com a de realidade, tornando verdadeira a essência da realidade. Objetivar é descobrir a qualidade de representação de uma idéia, ou ser impreciso, é reproduzir um

conceito em uma imagem. A comparação já é uma representação, é encher o que este vazio, com substancia.

Segundo Coutinho (2001) a efetivação da objetivação dar-se em três etapas:

1 – ***construção seletiva da realidade*** – nesta etapa as informações, crenças e idéias acerca do objeto de representação passam por um processo de descontextualização, onde esta nova mensagem não será apenas objeto de simplificação, mas mensagem de uma nova estrutura com a capacidade de explicação e avaliação.

2 – ***esquematização estruturante ou formação de um modelo figurativo*** – é a formação de uma estrutura de imagem que produz uma estrutura figurativa ou conceitual, onde os conceitos teóricos são compreendidos em um conjunto de metáforas coerentes, acomodando-se a um referencial conhecido e aceito tanto a nível individual como coletivo, pois uma vez adquirido pelo grupo de pertença o referido modelo ou núcleo figurativo, torna-se mais fácil falar sobre o que este modelo representa.

3 – ***naturalização***– é a transformação do abstrato em concreto, nesta fase um conceito é verdadeiramente naturalizado, isto ocorre quando o percebido constitui o concebido tornando-se extensão de sua lógica.deixando de pensamentos figuras e sendo transportadas para dentro da realidade (p.68-69).

Na verdade as palavras não falam sobre nada; ligá-las a algo se faz necessário no sentido de encontrar equivalentes não verbais para as mesmas, uma vez que nem todas as palavras estão relacionadas a uma imagem, seja por que não existem imagens acessíveis, seja por que as imagens estão relacionadas a tabus, necessário se construir sua lógica dentro de uma realidade concebida por cada indivíduo.

Para que uma representação social possa ser objeto de conhecimento, segundo Coutinho (2011), faz-se também necessário passar por um processo de transformação, pois

não é possível interiorizar um objeto em seu estado material na mente das pessoas. No processo de uma representação existe uma construção diferenciada dos objetos que deferirão de indivíduo para indivíduo, uma vez que cada um acrescentara particularidades específicas.

Deve-se salientar que as representações se situam num universo consensual das pessoas, não aceitando que haja nela algo retificado, o que se traduz que a representação social é um conceito e um fenômeno que pertencem ao subjetivo e ao intersubjetivo simultaneamente.

A sociedade ao aceitar um paradigma, isso não quer dizer que o mesmo não possa sofrer mudanças, as mudanças acontecem durante a transmissão de referências familiares, que responderam gradualmente ao que foi aceito. Passa-se a falar mais facilmente sobre tudo o que se relaciona com este paradigma, e devido a esta facilidade as palavras que se referem ao paradigma são usadas mais freqüentemente, surgindo assim as formulas e clichês que o sintetiza e imagens que antes eram distintas, passam a se aglomerarem. Na verdade apenas não se fala dele – paradigma - mas utiliza-se em varias situações como forma de compreender outros e a si mesmo, de escolher e decidir.

Segundo Moscovici (2012):

É dessa soma de experiências e memórias comuns que nós extraímos as imagens, linguagem e gestos necessários para superar o não familiar, com suas conseqüentes ansiedades. As experiências e memórias não são nem inertes, nem mortas. Elas são dinâmicas e imortais. Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, esta sempre em colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e

imagens para junta-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do já é conhecido (p. 78).

Tanto a ancoragem quanto a objetivação são operações cognitivas que possuem como base a memória. A ancoragem dirige a memória para dentro, buscando coisa, eventos e pessoas que possam identificar com um modelo, reconhecendo e nomeando o mesmo, a objetivação tende a dirigir a memória para fora derivando conceitos e imagem da memória a fim de combiná-los e reproduzi-los no mundo externo

Outro aspecto que se deve ressaltar com relação as representações sociais é o seu caráter tridimensional, que se dá através de três formas: a informação, campo de representação ou imagem e atitude. A informação que esta relacionada com a organização dos conhecimentos que um grupo de pertença possui a respeito de alguma coisa ou de um objeto social, este conhecimento dá-se a partir de um saber consistente e familiar, onde se realiza uma discriminação precisa entre os níveis de conhecimento. Esses níveis de conhecimento correspondem a certa quantidade de informação que circula no meio social entre os informantes ou participantes de um grupo, variando dos mais ao menos informado.

O segundo aspecto desta tridimensionalidade é o campo de representação ou imagem, que se remete a idéia de imagem, modelo social, conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um determinado aspecto de um objeto e pressupõe uma unidade hierárquica de elementos referentes a um aspecto preciso do objeto ora representado.

O terceiro aspecto tridimensional é a atitude, que se refere a forma como o sujeito se posiciona frente aos eventos e objetos sociais, interferindo de alguma maneira nas informações que serão adquiridas e engendradas no quadro de referencia das pessoas, podendo ser de forma positiva ou negativa. O individuo só se informa e representa alguma coisa quando se tem tomado uma posição em função da posição tomada.

Para Moscovici (2012) as representações sociais:

Tem como finalidade primeira e fundamental tornar a comunicação, dentro de um grupo, relativamente não problemática e reduzir o “vago” através de certo grau de consenso entre seus membros. Sendo que essa é a questão, as representações não podem ser conseguidas através do estudo de alguma crença ou conhecimento explícito, nem ser criadas através de alguma deliberação específica. Ao contrário, elas são formadas através de influências recíprocas, através de negociações implícitas no curso das conversações, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados específicos. Nesse processo, as pessoas adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicadas à vida cotidiana, do mesmo modo que as expressões lingüísticas são acessíveis a todos (p. 208).

Outra divergência com relação à noção compartilhar, uma vez que esse compartilhamento expresse o processo através do qual as representações sociais e publica se apropriam de representações individuais ou privadas. Ao contrário de Durkheim e Lévy – Bruhl que creditam o processo desse compartilhamento a realidade, para Moscovici este compartilhamento se dá através da comunicação com os outros. O que para os referidos pensadores era secundário, para Moscovici a comunicação é essencial na formação das representações (Loureiro,2012).

Essa importância atribuída à comunicação dada por Moscovici torna-se relevante uma vez que é pelos intercâmbios comunicativos que os indivíduos de um grupo de pertença procuram compreender o mundo, apresentando suas concepções a respeito dele, ligando-as umas as outras e construindo novas idéias e praticas. Ressalta-se a importância da comunicação e das interações sociais como característica maior da teoria das Representações Sociais, pois, uma condiciona a outra, uma vez que não é possível

comunicar sem compartilhar imagem, representações... E as mesmas são partilhadas quando se tornam objeto de interesse e de comunicação.

De acordo com Coutinho (2001) é de fundamental importância ressaltar que toda estrutura de representação social dá-se via comunicação e que as diferentes modalidades da comunicação como a difusão, a propaganda e a propagação, são responsáveis por sua elaboração. Elas possuem como tecido atômico os fenômenos perceptivos, imagens opiniões, crenças e atitudes.

As representações sociais se diferenciam das imagens e das opiniões, pois as mesmas se constituem como teorias e ciências coletivas, destinadas a interpretação e a elaboração do real, uma vez que a elaboração de uma representação social implica em atribuir significado e a leitura de uma realidade complexa que vai além da leitura de conceitos, percepções e opiniões isoladas. A representação é um processo coletivo e criativo, que consiste em coordenar as inúmeras informações existentes no meio social, para introduzi-las no espaço comum, saindo de um repertório de saberes e experiências, dando - se um encontro de visão, construindo novos saberes e novas concepções

Dentro da visão de Moscovici é notória a relevância do meio social, no conceito das representações, pois é através da sociedade, das interações estabelecidas e das relações pessoais que o individuo encontra a expressão da sua subjetividade. O conhecimento adquirido pelas representações sociais esta sempre relacionada a interesses, desejos e necessidades pessoais, que ocorre num determinado meio social. A intersubjetividade é compartilhada através da aquisição de uma realidade onde se é possível perceber a diferença entra a sua realidade e as outras, demonstrando uma consciência de senso comum que é compartilhada por muitos indivíduos.

A importância de Moscovici segundo Sá (1998), Jodelet (1984) é que a pesquisa em representações sociais não se encontra restrita no universo da pesquisa inaugural do seu

autor Moscovici, mas ela se delineia no interior de pelo menos seis diferentes perspectivas de estudos:

Uma primeira perspectiva se relaciona à atividade puramente cognitiva pela qual o sujeito constrói sua representação. Duas dimensões fazem com que a representação se torne social: uma dimensão de contexto e uma dimensão de pertencimento. Uma segunda perspectiva acentua os aspectos significativos da atividade representativa. O sujeito é considerado como produtor de sentido, que exprime na representação o significado que dá à sua experiência no mundo social. Uma terceira corrente trata a representação como uma forma de discurso e faz suas características da prática discursiva de sujeitos socialmente situados, .. da finalidade de seus discursos. A quarta perspectiva, é a prática social do sujeito que é levada em consideração. O sujeito produz uma representação que reflete as normas institucionais que decorrem de sua posição ou as ideologias ligadas ao lugar que ocupa. Para o quinto ponto de vista, o jogo das relações intergrupais determina a dinâmica das representações. O desenvolvimento das interações entre os grupos influi sobre as representações que os membros tem do seu grupo... e dos outros grupos (p. 62-63).

Enfim, uma última perspectiva, mais sociologizante faz do sujeito o portador de determinações sociais e baseia a atividade representativa sobre a reprodução de esquemas de pensamento socialmente estabelecido.

Apesar desta diferenças que vão da perspectiva cognitivista até a perspectiva sociológica das representações, percebe-se que elas não se excluem ou não se tornam incompatíveis, mas, na verdade elas são uma adequação epistemológica onde ninguém pode legislar sobre o limite do campo de estudo em termos de qual perspectiva deve ou não ser adotada em determinado estudo.

Posta estas considerações sobre o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici, serão apresentados no próximo sub-tópico, os estudo empíricos relacionados a Representações Sociais, Sexualidade e Paraplegia

3.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL, SEXUALIDADE E LESÃO MEDULAR

A Teoria das representações Sociais tem fundamentado o desenvolvimento de vários estudos no campo da saúde, pois segundo Sá (1998), a saúde se constitui na segunda temática mais importante nos estudos das representações sociais, onde a mesma se impõe por razões históricas, mas também por ser uma temática que incomoda e se torna persistente na atualidade

Com intuito de conhecer o que já existe na literatura científica acerca da sexualidade sob a perspectiva da teoria das representações Sociais, foi realizada uma busca no Portal de Periódicos da Capes, considerando os últimos dez anos (2007 a 2017) e seus termos análogos nos idiomas inglês e espanhol, devido à incipiência de artigos acerca da temática foram consideradas todas as bases de dados. A busca se deu no dia 09 de março de 2017 e foi realizada considerando o idioma desse modo, para os termos em português: “representações sociais *and* sexualidade”, foram detectadas 251 publicações e 251 publicações quando foi utilizada a combinação “TERMOS EM INGLÊS, para o inglês 180 artigos e 71 publicações para o espanhol. Como critério de inclusão optou-se por artigos disponíveis online, e foram excluídos os artigos que não tivessem pertencentes à temática, os artigos repetidos e monografias, dissertações e teses. Considerando os critérios estabelecidos restaram 8 artigos.

Os estudos das representações desta tese encontram-se focados na sexualidade das pessoas paraplégicas e como os estudos com esta temática são escassos na literatura

acadêmica, e abordar os dois fenômenos conjuntamente torna-se incipiente. Em face dessa escassez, será apresentado um breve relato de alguns estudos acerca de representações sociais da sexualidade, paraplegia, paraplegia adquirida sexualidade e estigma, sexualidade e deficiência física.

França e Chaves (2005) realizaram pesquisa sobre sexualidade e paraplegia, com sete mulheres numa clínica de fisioterapia e uma universidade pública, cuja meta do estudo era contribuir para o desenvolvimento de ações educativas que desmistificassem mitos e tabus relacionados a sexualidade da pessoa paraplégica e melhora da qualidade de vida. O objeto de estudo acima citado centralizou-se na sexualidade da mulher portadora de paraplegia; com objetivo de compreender a construção de sentidos das mulheres portadoras de paraplegia acerca da sexualidade e relatar as barreiras enfrentadas por essas mulheres para vivenciar sua sexualidade.

O estudo acima citado foi descritivo. Onde os sujeitos foram selecionados por acessibilidade, utilizou-se de entrevista semi – estruturada, a coleta de dados e a análise de discurso, que conforme o significado que os sujeitos atribuíam a sexualidade, os discursos foram agrupados em três eixos temáticos: I – a sexualidade não – dita e mal – dita; II - o sexo proibido e o sexo consentido e III - a sexualidade como alegria de viver. As categorias sinalizaram o processo de negatização da auto-imagem, do auto-conceito e de tendência a auto-discriminação, além de sentimentos de culpa, quando da sensação de orgasmo. Também emergiram categorias sinalizadoras da crença no casamento monogâmico como realização pessoal, e que o orgasmo é uma questão de conhecimento do próprio corpo e do corpo do parceiro. As referidas autoras concluíram que o mito da beleza e o mito adâmico normatizam a sexualidade dos sujeitos, mas nem todas as mulheres estudadas seguem a risca as regras da cultura, de modo que um grupo de mulheres portadoras de paraplegia vivencia sua sexualidade de forma diferente das demais.

Silva e Albertine (2007) através de um estudo investigaram a sexualidade masculina a partir da condição de um homem com lesão medular. Seu objetivo foi investigar o impacto da paraplegia adquirida na sexualidade masculina. Metodologicamente adotou-se uma abordagem qualitativa e os dados foram coletados a através da história de vida por meio de entrevista. Para os autores as principais conclusões apontam para um deslocamento das representações masculinas associadas à força, virilidade e violência, para um posicionamento interno e a busca de formas de viver a sexualidade que valorizam a singularidade da experiência, em detrimento dos modelos tradicionais.

Soares, Moreira e Monteiro (2008) através de estudo realizado com objetivo de ampliar a discussão sobre deficiência e sexualidade valorizando as expectativas, crenças, desejos e experiências de jovens com deficiência física e a qualidade de vida em adolescentes com espinha bífida em duas culturas a brasileira e a americana. Conclui-se que a sexualidade para portadores de deficiência física deve se dar de forma global, levando em consideração os aspectos físicos e subjetivos, os valores, as crenças e as expectativas da sociedade com relação ao indivíduo. Pode-se observar-se em ambas as culturas que o impacto da diferença na sexualidade é significativo principalmente no que diz respeito ao componente corporal e desdobramento do mesmo, o risco de violência e administração das poucas informações sobre a temática. Constatou-se ainda uma carência sobre discussão a respeito da sexualidade e deficiência física tanto no âmbito familiar, quanto dentro do próprio serviço de saúde.

Val, Costa, Pereira e Friesen (2011) realizaram estudo onde investigaram 109 adultos com lesão medular na cidade de Curitiba, Brasil, com o objetivo de avaliar a funcionalidade de pacientes com lesão medular. A característica do estudo é de transversalidade por meio da aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade

(CIF), traduzida e validada para o português, a CIF abrange todos os aspectos da saúde humana relacionados ao bem – estar e os descreve em termos de domínio da saúde e domínios relacionados à saúde, fornecendo uma descrição de situações relacionadas a funções do ser humano, organizando estas informações; tais informações são colocadas em duas seções: a primeira parte se refere à funcionalidade e a deficiência, enquanto a segunda aborda os fatores contextuais. As categorias mais comprometidas em relação ao corpo foram intestinos, bexiga, sexualidade, energia, sono, emoções e peso.

No domínio das atividades e participação apareceram como maiores dificuldades as tarefas de tomar banho, toalete, vestuário, autocuidado e lazer. No domínio dos fatores ambientais classificou como categorias facilitadoras: medicamentos, oferta de próteses e cadeira de rodas, atitudes da família, transporte, previdência e serviços sociais de saúde, e como barreiras atitudes das autoridades, atitudes sociais, educação e trabalho. Conclui-se através da aplicação da CIF as pessoas com lesão medular que as mesmas demonstram ter uma série de limitações.

Santos, Alves, França, Coutinho e Junior (2012) em estudo bibliográfico realizado com o objetivo de realizar uma reflexão acerca das políticas públicas já existente e também com a finalidade de contribuir como suporte teórico para construção do conhecimento em Saúde Pública, para pessoas com deficiência, analisaram a partir das abordagens da literatura pertinente e da compreensão da realidade observada ao longo da prática profissional, acessibilidade e /ou limitações das pessoas com deficiência (PcD) aos serviços e ações propostos por cada uma. Conclui-se que acerca das políticas públicas de educação, saúde, trabalho, seguridade social, transportes, habitação, cultura, esporte e lazer existentes para PcD, em sua maioria, atualmente, não são efetivas nem eficazes.

Em outro estudo sobre a relação sexualidade e lesão medular ou paraplegia, Maia (2012) investigou os aspectos da sexualidade a partir da análise de conteúdo em uma

narrativa autobiográfica de uma jovem com lesão medular adquirida, a pesquisa tinha um caráter qualitativo descritivo. As categorias analisadas foram: (1) Mudanças cotidianas decorrentes da deficiência adquirida, (2) Reconhecimento das identidades de deficiente e (3) Manifestações afetivas e sexuais depois da expressão da sexualidade.

Percebeu-se que a lesão medular influencia diretamente a vida sexual de uma pessoa, porém não impossibilita a expressão da sexualidade. A percepção de um corpo erótico e desejável está relacionada ao suporte emocional familiar e à auto-estima. A narrativa explicita que a sexualidade é um aspecto importante na reestruturação da vida pós-lesão e portanto, o aconselhamento sexual deveria acontecer no próprio contexto da reabilitação da pessoa com deficiência.

A qualidade de vida em pacientes com lesão medular foi objetivo de uma pesquisa desenvolvida por França, Coura, Sousa, Almeida e Pagliuca (2013), além de identificar os domínios que prejudicam a qualidade de vida desses sujeitos. Tratou-se de um estudo epidemiológico, realizado no período de 2007 e 2008, em Unidades Básicas de Saúde na cidade de Campina Grande – Paraíba. Quarenta e sete sujeitos participaram e utilizou-se questionário contendo variáveis sociodemográficas, etiologia da lesão, instrumento validado para medir a qualidade de vida, contendo quatro domínios: Físico, ambiental, relações Sociais e Psicológicos, com respectivas facetas. Os dados foram processados por meio de análise descritiva e estatística. Domínios que apresentaram menores escores: ambiental (55,20%) Físico (58,59). Facetas que mais comprometem os domínios: locomoção (55,3%), trabalho (55,3%), dinheiro (80,9%), informações (51%), lazer (68,1%), vida sexual (34%). Conclui-se que a insatisfação dos investigados é grande com relação à qualidade de vida e que o enfermeiro deve contribuir para a reabilitação e re-inclusão da pessoa com lesão medular respeitando suas limitações, dando ênfase ao seu potencial remanescente e assim como a sua capacidade para autocuidado.

Paulino Alves, Sátiro, Xavier de França, Cavalcanti Costa, Limeira Lopes e Santos Baptista (2013) em um estudo tiveram como objetivo compreender as representações sobre deficiências de adolescentes e jovens com deficiência física adquirida por violência. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, realizada nas UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) de Campina Grande, no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. O universo populacional constatou de treze sujeitos, onde apenas nove constituíram a amostra. Utilizaram-se como instrumentos, formulário e roteiro de entrevista semiestruturada. Nas entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo Categórica temática pautada na Teoria das Representações Sociais. Nos resultados, três categorias emergiram: representações sobre a deficiência a partir das alterações anatomofuncionais; representações dos sentimentos vivenciados com a deficiência e ausência da representação do termo deficiência. A deficiência física adquirida na adolescência ou juventude em decorrência da violência traz marca indelével, representando dificuldades e limitações biopsicoossociais, comprometendo a qualidade de vida.

Tendo como base os estudos empíricos realizados e como parâmetro a Teoria das Representações Sociais e percebendo-se que as pesquisas e conseqüentemente as publicações envolvendo a temática sexualidade, paraplegia e representações são escassas no Brasil, pontua-se a necessidade de realizações de outros estudos que investiguem as representações neste contexto, ampliando e aprofundando esta temática, fornecendo subsídios para melhor compreensão da sexualidade da pessoa com deficiência (PcD) e especificamente da pessoa com lesão medular, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, resgate da cidadania do indivíduo lesionado, no sentido de superar suas dificuldades no que diz respeito ao exercício da sua sexualidade.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo com utilização do suporte multimétodo (quantitativo – qualitativo), cuja finalidade foi apreender as representações sociais das pessoas com paraplegia acerca da sua sexualidade dos profissionais da saúde, onde foi priorizado o discurso das mesmas levando em consideração o objetivo do trabalho. A abordagem multimétodo, segundo Oliveira (2011, p.137) preconiza “como a construção das representações da vida social a partir do dialogo entre idéias (teoria) e evidencias (dados) produzem inferências válidas sobre a vida social, a busca de evidencias pode e deve se dar tanto de forma quantitativa quanto qualitativa, sendo que as ferramentas quantitativas auxiliam no propósito de generalização, e as ferramentas qualitativas possibilitam o aprofundamento da análise”

4.2 PARTICIPANTES

Contou-se com 60 participantes do sexo masculino e feminino, sendo deste total 70% homens e 30% mulheres, com idades que variaram de 22 a 57 anos. Utilizou-se como critério de inclusão para as pessoas com deficiência, ser maior de 18 anos, ser diagnosticado com lesão medular (paraplegia), aceitar participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (Anexo 02). No que se refere aos profissionais de saúde à amostra utilizou como critério, atender pessoas com paraplegia. Os profissionais que participaram da amostragem foram médicos, psicólogos, enfermeiros e fisioterapeutas.

4.3 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em clinica pública conveniada com o Sistema Único de Saúde- SUS, consultórios de clínicas particulares e postos de saúde da cidade de Campina

Grande– PB. A escolha desse campo de investigação deu-se ao fato de ser um local onde são realizadas ou estão sendo desenvolvidas atividades fisioterapêuticas e espaço de convivência de pessoas com deficiência física. Como o número de pessoas atendidas nesta clinica era apenas de doze pessoas, a partir da referencia das mesmas, também se utilizou o método bola de neve, uma vez que, foi necessário entrar em contato com outros participantes de outros espaços, o que foi feito por meio do método bola de neve onde os participantes desta clinica indicaram outras pessoas com deficiência física, especificamente com diagnostico de paraplegia, as mesmas foram contactadas via telefone sendo marcada um horário para a aplicação dos instrumentos de acordo com a sua disponibilidade. Segundo Vinuto (2014), a amostragem em bola de neve pode ser útil para pesquisar grupos difíceis de serem acessados ou estudados, utilizando do mesmo para estudar questões delicadas de âmbito privado que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecido por estas para localizar informações para o estudo. No que se refere aos profissionais de saúde, buscou-se informações com os agentes de saúde e também através de informações dos próprios profissionais que indicaram colegas de profissão que também trabalhavam com pessoas paraplégicas. A aplicação do questionário aos profissionais realizou-se em seu local de trabalho, ou se seja nas clinica e posto de saúde onde trabalhavam.

4.4 INSTRUMENTOS

Para a realização da coleta de dados foram utilizados como instrumentos, um Questionário sociodemográfico, Técnica de Associação Livre de Palavras e Entrevistas semi-estruturadas. O primeiro teve a finalidade de obter um perfil da amostra, sendo composta de perguntas referentes à idade, religião, sexo, renda familiar, escolaridade, origem da deficiência e tempo da mesma. (Anexo 05); Também foi utilizado a Técnica de

Associação Livre de Palavras (TALP) (Anexo 04), pois segundo Coutinho e Nóbrega (2011, p.97) o uso desta técnica “visam identificar as dimensões latentes por meio da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada palavra indutora”. Como palavras indutoras utilizaram-se: *Sexualidade - Deficiência Física – Eu Mesmo*. E por último, uma Entrevista semi – estruturada com vista ao aprofundamento sobre a temática, como perguntas tais como: o que é sexo?; o que é sexualidade? Você encontra dificuldades no seu relacionamento sexual? Como você reage a essa dificuldade? O que você acha da sexualidade na vida de uma pessoa? (Anexo 03). O uso desse tipo de entrevista possibilita o dialogo, por ser bastante flexível, não sendo obrigatório seguir a ordem das questões e a partir dos temas debatidos poderem-se formular novas questões no decorrer da entrevista. O tempo de duração da aplicação do conjunto de instrumentos foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Para os profissionais de saúde foi aplicado um questionário que versam sobre sua formação acadêmica, tempo de formado, locais de trabalho se atendiam pessoas com deficiência, especificamente com paraplegia e se falam com elas sobre sexo e sexualidade, com a finalidade de caracterizar sua atuação profissional e apreender suas representações sociais acerca da sexualidade das pessoas com paraplégia, sua aplicação teve a duração aproximada de 30 minutos. (Anexo, 6).

4.5 PROCEDIMENTO ÉTICO E COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

O desenvolvimento da pesquisa seguiu a orientação da Resolução CNS/Ministério da Saúde, nº 510/2016 (Brasil, 2016), prescrevendo Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) do entrevistado, preservando sua autonomia, dignidade e defendendo-os em sua vulnerabilidade, garantindo o bem-estar do sujeito e respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado

pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba em 22 de outubro de 2015(Prot. nº 0134/15. CAAE 42986815.4.000.5188 (Anexo 01).

A coleta de dados foi realizada em uma clinica conveniada com SUS na cidade de Campina Grande – Paraíba, com a qual se manteve contato, solicitando autorização para realização da pesquisa. A entrevista realizou-se de forma individual, sendo gravada e depois transcrita, de acordo com a disponibilidade do participante, sendo assegurado ao entrevistado (o) o sigilo de suas respostas.

O primeiro momento da coleta ocorreu, após a aprovação dos gestores da referida clínica elaborou-se um calendário de visitas para que pudesse ser aplicado o questionário e fazer a entrevista. O segundo momento foi a explicação dos instrumentos que foram aplicados, numa única sessão, obedecendo a seguinte ordem: 1 – Questionário sociodemográfico; 2 – Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP; 3 – Entrevista semi – estruturada.

Ainda com relação ao procedimento da coleta, no que se refere à aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras, em alguns casos o pesquisador anotou as respostas, a pedido dos participantes. As entrevistas foram gravadas com o devido consentimento dos participantes e depois transcritas pelo pesquisador, seguindo um roteiro previamente preparado. Toda coleta aconteceu de forma individual numa sala previamente escolhida.

Os dados obtidos pela Associação Livre de Palavras foram processados através do software *Tri-Deux-Mots*(versão 2.2), desenvolvido por Cibois(1998), esta versão do Trideux, por meio do seu processamento, permite entre outras modalidades de análise de dados, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Este processo segundo Coutinho, Nóbrega e Araujo (2011, p.140 -141) “tem apresentado fidedignidade e valor preditivo consideráveis nas pesquisas ancoradas nas abordagens psicossociais, uma vez que este

software fornece uma multiplicidade de informações ao pesquisador quando é confrontado ao gráfico para Análise fatorial de Correspondência. O plano fatorial organiza como se posicionam os sujeitos e cada modalidade na construção dos fatores que deve ser interpretados sobre o que significa esse desenho no quadro de contingência, com relação os objetivos da pesquisa”.

As narrativas oriundas das entrevistas com as pessoas paraplégicas foram analisadas pelo Alceste, este foi desenvolvido por Max Reninerem 1993, e trata-se de um software de análise de dados textuais. O mesmo realiza de maneira automática, a análise dos diálogos, de questões abertas, de enquête sócio - econômicas, de um conjunto de textos diversos: como artigos, revistas, romances, obras literárias, etc. Seu objetivo é obter uma primeira classificação estatística de enunciados simples do corpus estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, com a finalidade de apreender as palavras que lhes são mais características.

A idéia do Alceste é que o sentido das sentenças pode ser apreendido se for possível identificar as palavras que aparecem juntas nas frases e que são ditas pelo maior número de indivíduos. Na verdade esta ocorrência se dar devido os ponto de vista de um grupo sobre determinado objeto, o qual produz maneiras diferenciadas de falar sobre este objeto e o vocabulário ou palavras usadas são vistos como fonte para detectar diferentes maneiras de pensar sobre o objeto Para o tratamento dos dados oriundos das entrevistas foi utilizado o ALCESTE (*AnalyseLexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), uma vez que de acordo com Coutinho, Miranda e Saraiva (2011) é um software comercial que processa e analisa dados textuais, sendo um método estatístico textual que identifica a organização tópica do discurso, onde a forma de modelização do mundo lhe está subjacente, emerge da interação entre o individuo e seu discurso onde a associação reflete o traço de pontos de vistas que circulam na coletividade.

Com relação aos profissionais de saúde, foi entregue o questionário, o mesmo continha questões fechadas e abertas, estas últimas foram processadas pelo software Iramuteq.. Segundo Camargo e Justo (2016) trata-se de um *software* licenciado por GNU GPL (v2) que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no *software* R (www.r-project.org) e na linguagem *python*(www.python.org), o mesmo viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, que abrange, sobretudo a lematização e o cálculo de frequência de palavras; até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude. Por meio desse *software*, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensível e visualmente clara com representações gráficas pautadas nas análises lexicográficas.

CAPÍTULO 05. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de apresentar os resultados desta tese, é descrito neste capítulo os dados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos :Questionário Sociodemográfico;Técnica de Associação livre de Palavras e entrevista Semiestruturada.

5.1 PERFIL DAS PESSOAS COM PARAPLEGIA

Conforme mencionado no método esta pesquisa contou com a participação de 40 participantes com faixa etária entre 22 e 57 anos, com média de 31,78 anos, $DP = 8,63$.Conforme pode ser observado na Tabela1,70,0% era do sexo masculino e 30% do feminino. Tais resultados corroboram com Maia (2012), quando afirma que os maiores índices de lesões medulares no Brasil e no mundo atinge a população masculina, predominantemente em adultos jovens. França, Coura, Sousa, Almeida e Pagliuca (2013) apontam a vulnerabilidade do homem jovem, sendo a violência externa a etiologia prevalente, principalmente, na zona urbana das metrópoles.

No que diz respeito à ocupação dos participantes, percebeu-se que 30 % estavam desempregados, 45%empregados e 25% da amostra recebiam auxílio doença, dado pelo Governo federal, funcionando com uma aposentadoria. O número de desempregados e os que recebem auxílio doença, chegam a 75% da amostra, o que vem ao encontro do pensamento de Pereira, DelPrette e Del Prette (2008) que apontam existir dificuldades para se buscar emprego, notadamente em virtudes dos obstáculos arquitetônicos, barreiras sociais, aparência física, preconceito, descrédito relacionado ao processo de ajustamento das pessoas com deficiência física (Tabela 1).

Tabela 1.

Dados sociodemográficos dos participantes com paraplegia

Dados Sociodemográficos dos participantes com paraplegia			
Idade		M	
Média		31,78	
Desvio Padrão		8,636	
Mínimo		22	
Máximo		57	
		f	%
Sexo			
Feminino	12		30,0
Masculino	28		70,0
Atividade desenvolvida pelos participantes			
Desempregado	12		30,0
Empregado	18		45,0
Recebe auxílio doença	10		25,0
Escolaridade			
Ensino Fundamental	20		50,0
Ensino Médio	15		37,5
Ensino Superior	5		12,5
Estado Civil Antes			
Solteiro	31		77,5
Casado	9		22,5
Estado Civil Atual			
Solteiro	31		77,5
Casado	9		22,5
Religião			
Católica	31		77,5
Espírita	2		5,0
Evangélica	7		17,5
Deficiência congênita/Adquirida			
Adquirida	32		80,0
Congênita	8		20,0
Etiologia			
Acidente automotivo	22		55,0
Arma de fogo	4		10,0
Arma branca	2		5,0
Queda	8		20,0
Esporte	4		10,0
Renda salarial			
0	11		27,5
1 salário	20		50,0
2 salários	4		10,0
3 salários	3		7,5
4 salários	2		5,0
Tempo de lesão			
de 1 a 3 anos	8		20,0
de 3 a 5 anos	16		40,0
mais de 5 anos	16		40,0
Nível neurológico			
Torácica	11		27,5
Lombar	26		65,0
Sacral	3		7,5
Posição em relação a sexualidade			
Conservador	17		42,5
Liberal	19		47,5
Moderado	3		7,5
Oprimido	1		2,5
			Total
n			40

Observa-se ainda que a escolaridade dos participantes encontra-se distribuídos em: 50% no Ensino Fundamental, 37,5% no Ensino Médio e 12,5% são possuidores do Ensino Superior. Esses resultados demonstram que as pessoas com paraplegia habitantes do nosso município possuem características semelhantes com o que preconiza os estudos de Pereira, Del Prette e Del Prette (2008), quando mencionam o baixo nível de escolaridade da pessoa com deficiência.

No que se refere ao estado civil antes da lesão houve uma predominância de solteiros, com um percentual de 75,0 %; com 22,5% casados, e outros 2,5%. Durante o desenvolvimento da pesquisa observou-se que o estado civil das pessoas casadas permaneceu o mesmo depois de terem ficado deficientes, demonstrando que os laços afetivos não enfraqueceram diante da nova situação. Esses dados coadunam-se com os de Maia (2011) quando afirma que as questões afetivas oriundas de parceiros amorosos, familiares e amigos são importantes para o desenvolvimento da auto-estima, das relações sociais e eróticas da pessoa com deficiência física.

Quando questionado sobre o estado civil atual dos participantes, percebeu-se que prevaleceu mais da metade, 77,5% responderam ser solteiro e o número de casados 22,5 %. Percebe-se que o estado civil casado não houve alteração mesmo depois de ter sofrido a lesão, os homens casados eram apenas cinco do total de 28, não sendo a lesão causa de separação, percebe-se a importância da afetividade como suporte de apoio para melhor conviver com o novo que surge, trazendo mudanças na relação....

Dos pesquisados, 77,5% consideram-se católicos, 5 % espíritas e 17,5% evangélicos. A religião também aparece com um suporte para amenizar o sofrimento causado com a situação que se instaura, neste caso a paraplegia adquirida, uma vez que as mudanças ocorrem tanto em nível social como individual. Neste sentido para Santos, Paiva, Santos, Barbosa e Aquino (2013) caracteriza a busca de sentido que cada indivíduo

encontra para si, podendo variar de momento para momento, de situação para situação, pois a busca de sentido é a condição própria do homem, o traço fundamental da sua humanidade, pois apesar de todo sofrimento é possível encontrar uma sentido para se continuar vivendo. (Tabela 1).

A Tabela I, diz respeito ao tipo de deficiência, se as mesmas eram congênicas ou adquiridas. Observou - se uma maior incidência da paraplegia adquirida de 80,0 % seguindo 20 % de lesão congênita. Estes dados estão de acordo com Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho e Silva (2012) quando apontam que há no país pesquisas esparsas onde evidenciam –se as causas indicadores do trauma:sendo 40,4 % decorrentes de acidentes de transito, 27,5%causados por quedas e 15% por atos de violência. Neste sentido, Maia (2012) menciona que os maiores índices de lesões medulares no Brasil e no mundo são de causas traumáticas, portanto adquiridas.

Com relação à etiologia ou causa da lesão medula, evidenciou – se que os acidentes automotivos obtiveram maiores índices 30,0 % arma de fogo 10,0%, arma branca 5,0%, queda 20,0%, esporte 10,0%e outros 25,0%, (a lesão medular congênita também pode ser adquirida por meio de doenças, infecções, etc.). Segundo Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho e Silva (2012) no Brasil, o censo não possibilita a separação de casos de lesão medular e cerebral, o que dificulta ainda mais a análise nacional. As demais causas corroboram com Maia (2011), Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho e Silva (2012) quando destacam que as lesões traumáticas (quedas) ou acidentes automotivos são as principais causas da lesão medular adquirida. Segundo Brasil (2013) a maior incidência de causa da lesão medular são as traumáticas. Percebe- se que a violência urbana e os acidentes de trabalho são fortes indicadores da paraplegia adquirida, numa sociedade que não está preocupada com os altos índices de selvageria, além de não dispor de equipamentos de segurança para a classe trabalhadora.

Quanto à renda dos participantes, observa-se que 27,5 % não possuem renda alguma, 50,0% vivem com apenas um salário mínimo, 10,0% com dois salários mínimos, 7,5 % com três salários mínimos, e 5 % com quatro salários mínimos. Esta baixa renda salarial pode estar associada à baixa escolaridade, discriminação quanto a aparência física, preconceito, descrédito relacionado a capacidade, em decorrência desde fatores percebe-se que os mesmos são determinantes para a estigmatização e patologização da deficiência como motivo das condições de sofrimento e agravo à saúde da pessoas com deficiência. Estes fatores corroboram com o pensamento de Pereira, Del Prette e Del Prette (2008), expresso na Tabela 1.

No que se refere ao tempo de lesão dos participantes percebeu-se que 20,0% são lesionados de um a três anos, 40,0% de três anos a cinco anos, 40,0% com mais de cinco anos. Observa-se uma equiparação entre os de três anos a cinco e os de mais de cinco anos. Como demonstra a Tabela 1.

O nível neurológico da lesão aponta à região lombar com maior predominância 65,0 % seguida da lesão torácica com 27,5% e a região sacral com 7,5%. Segundo Brasil (2013), no Brasil, o coeficiente de lesão medular traumática é desconhecido, não existindo dados a respeito de sua incidência ou prevalência, uma vez que esta condição não é sujeita a notificação.

No que diz respeito à sexualidade e na forma de lidar com ela, a amostra apresentou uma oscilação entre ser conservador e liberal, com uma ligeira vantagem para a liberalidade, 47,5 % consideram – se liberal e 42,5 % (dezenove) conservador, 7,5 % moderado e 2,5% oprimido. Tanto os conservadores quanto os liberais, por apresentarem uma similaridade em seus percentual, encontram-se num estado de autotranscendência. Para Santos, Paiva, Santos, Barbosa e Aquino (2013), a autotranscendência é a capacidade humana de se voltar para o mundo, pessoas, atividades e experiências, a conotação própria

é originaria da existência humana, buscando um sentido que possa fortalecer o seu enfrentamento da nova condição de pessoa com deficiência.

5.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Na perspectiva de comparar as representações sociais sobre a sexualidade da pessoa paraplégicas coma representação dos profissionais de saúde foi aplicado um questionário ao mesmo onde se verificou a idade, sexo, formação profissional, tempo de formação, se atendia pessoas com paraplegia e o que era sexo e sexualidade para eles.

Percebeu-se que 25% dos profissionais tinham idade variando entre 25 e 30, 45 % entre 31 e 35 anos e 30 % acima de trinta e cinco anos, conforme demonstra a Tabela 2 a seguir.

No que se refere ao sexo dos profissionais de saúde, observou-se uma predominância do sexo feminino 65 % enquanto o sexo masculino 35 %%, o que contradiz o pensamento de Santos (2010) e Hirata (2002) quando afirma que é característica da mulher o papel de cuidadora, quando afirma que durante toda historia da humanidade a figura da mulher esteve associada aos cuidados de casa, cuidado dos filhos e filhas, fazendo remédios, ajudando na comunidade e também quando apontam um bipolarização do trabalho feminino, onde um pólo é construído de profissionais altamente qualificadas e bem remuneradas (medicas, engenheiras, advogada, etc.) e o outro pólo de trabalhadoras ditas não qualificadas, assim como vai de encontro do pensamento de Benhabib e Cornell (1987) que caracteriza as atividades das mulheres tais como gerar filhos, atender a doentes e idosos e realizar trabalho doméstico (Tabela 2).

Tabela 2.
Dados sociodemográficos dos profissionais

<i>Idade</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
25 – 30 anos	05	25,0
30 – 35 anos	09	45,0
Acima de 35 anos	06	30,0
<i>Sexo</i>		
Feminino	13	65,0
Masculino	07	35,0
<i>Profissão</i>		
Medicina	03	30,0
Fisioterapia	05	35,0
Psicologia	02	35,0
<i>Tempo de formação</i>		
5 – 10 anos	05	25,0
10 – 15 anos	09	45,0
Acima de 15 anos	04	30,0
<i>Atende pessoas com paraplegia?</i>		
Sim	14	70,0
Não	06	30,0
<i>Para você sexo é?</i>		
Está relacionado as relações sexuais	06	30,0
Conjunto de características que permitem distinguir em cada espécie machos e fêmeas	06	30,0
Preservação da espécie	04	20,0
Está relacionado a questões biológicas	04	20,0
<i>Para você sexualidade é:</i>		
Está relacionada ao sexo	04	20,0
É bem mais amplo que sexo, pois envolve a integração de sentimentos, necessidades, desejos, atitudes, comportamentos	02	10,0
Sexualidade é construída socialmente está relacionada a questões fisiológicas	14	70,0
<i>Você conversa sobre sexualidade com seus pacientes?</i>		
Sim	06	30,0
Não	14	70,0
		Total
<i>N</i>		20

A Tabela 2 apresenta as profissões dos profissionais de saúde, onde 25% exercem a Medicina, 30,0% praticam a Fisioterapia e 20,0% (quatro) a Psicologia e Enfermagem com o percentual de 25 %. Estes dados reafirmam a Medicina Fisioterapia, Psicologia e a Enfermagem como profissões ligadas ao bem estar do indivíduo seja ele físico ou mental.

Na questão que diz respeito ao tempo de formação dos profissionais, percebeu-se na tabela 2, que 25 % tem um tempo de formação entre cinco e dez anos, 45% um temporalidade profissional de onze a quinze anos e 30 % apresenta um tempo de formação acima de quinze anos. Percebe-se que a temporalidade de formação dos participantes é relativamente jovem.

Ao serem questionados se faziam atendimento a pessoas com deficiência, especificamente, pessoas paraplégicas, a maioria 70 % afirmou que prestavam assistência a pessoas paraplégicas e 30% não; onde se espera que a assistência a saúde é condição básica para a melhoria de qualidade de vida das pessoas com deficiência física, pois segundo França, Coura, Sousa, Almeida, Pagliuca(2013) a qualidade de vida de pessoas com lesão medular se constitui um grave problema de saúde pública. (Tabela 2)

Quando perguntado “Para você sexualidade é?”, 20 % afirmaram que ela esta relacionada ao sexo, 10 % que o conceito de sexualidade é bem mais amplo, pois envolve a integração de sentimentos, necessidades, desejos, atitudes, comportamentos e 70% acordam que a sexualidade é construída social e esta relacionada a questões fisiológicas. Percebe-se que a grande maioria apesar de concordarem que a sexualidade é construída socialmente, acreditam também estar relacionada a questões fisiológicas. Este pensamento está de acordo com o que diz Scott (1995), Foucault (2007), Louro (2007), Weeks(2007), Maia (2011), quando afirmam que “os corpos e a sexualidade ganham sentido porque existem nas sociedades e são por elas fabricados... Os discursos sociais são responsáveis

por regular e normatizar os comportamentos sexuais em determinada época e contexto, estando ainda relacionado a questão fisiológica. (Tabela 2).

No que diz respeito a conversar sobre sexualidade com seus pacientes, 30 % disseram que sim e 70 % não. Demonstrando a falta de discussões no curso dos profissionais sobre a sexualidade humana, pois, segundo Zilliotto e Marcolan (2013) os cursos de graduação possuem um currículo quase sempre voltado para as atividades de natureza técnica e de gerenciamento da assistência.

Na questão “Para você o que é sexo?”, 30% responderam que sexo estava relacionado as relações sexuais, 30% afirmaram que sexo é o conjunto de características que permitem distinguir em cada espécie machos e fêmeas; 20% associaram sexo a preservação da espécie e 20% assinalaram que sexo é uma questão biológica. Percebe-se que todos os profissionais seguem a linha de pensamento de Guimarães (1995) e de Schwier e Hingsburger (2007) quando afirmam que “sexo é relativo ou fato natural, hereditário, biológico, da diferença física entre homens e mulheres, assim como relacionado a relação sexual, orgasmo, órgãos genitais.” (Tabela 2).

5.3 RESULTADOS ADVINDOS DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Neste item objetivou-se apreender as representações sociais elaboradas pelos participantes, depois de identificadas as representações sociais, foram pesquisados os princípios organizadores das mesmas aprendidas nas falas dos entrevistados, sendo considerados a idade, o sexo, a escolaridade e a condição da lesão.

Para isso foi utilizada a análise Lexical das falas dos entrevistados por meio da entrevista semi estruturada. Os dados obtidos pela análise lexical foram discutidos tendo como princípio o tratamento padrão do software Alceste.

5.4 TRATAMENTO PADRÃO DO ALCESTE

Ao processar as entrevistas dos participantes, o tratamento padrão do Alceste identificou um corpus de 22 Unidades de Contexto Iniciais (U.C.I), totalizando 11606 ocorrências, sendo 1561 palavras diferentes, com uma média de 7 ocorrências por palavras. Para esta análise foram consideradas as palavras com frequência igual a 4 e com $\chi^2 > 3,84$. Após a redução do vocabulário as raízes, foram encontradas 43 radicais e 239 Unidades de Contexto Elementar (U.C. E). A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 96.73 % do total das UCE do corpus, distribuídas em quatro classes formadas por, no mínimo, 38 UCEs, como exposto na *Figura 4*.



Figura 4. Repartições das UCEs em Classes

Emergiram quatro classes temáticas, conforme a descrição a seguir: a Classe 1, denominada “Paraplegia: do sofrimento a Realidade” foi formada por 32 U.C.E., totalizando 37 palavras analisadas, significando 26,% do total das U.C.E.; A Classe 2,

“Suporte e Apoio” foi composta de 12 U.C.E., num total de 25 palavras analisadas; correspondendo a 10% das U.C.E., A Classe 3 moneada como “Cuidados e Novos Estilos de Vida”, com 25 U.C.E. num total de 45 palavras analisadas representando 21,0 % das U.C.E. A Classe 4 designada de “Sexualidade e Laços afetivos, com 52 U.C.E. com um total de 46 palavras analisadas e um percentual de 43’ % das U.C.Es.

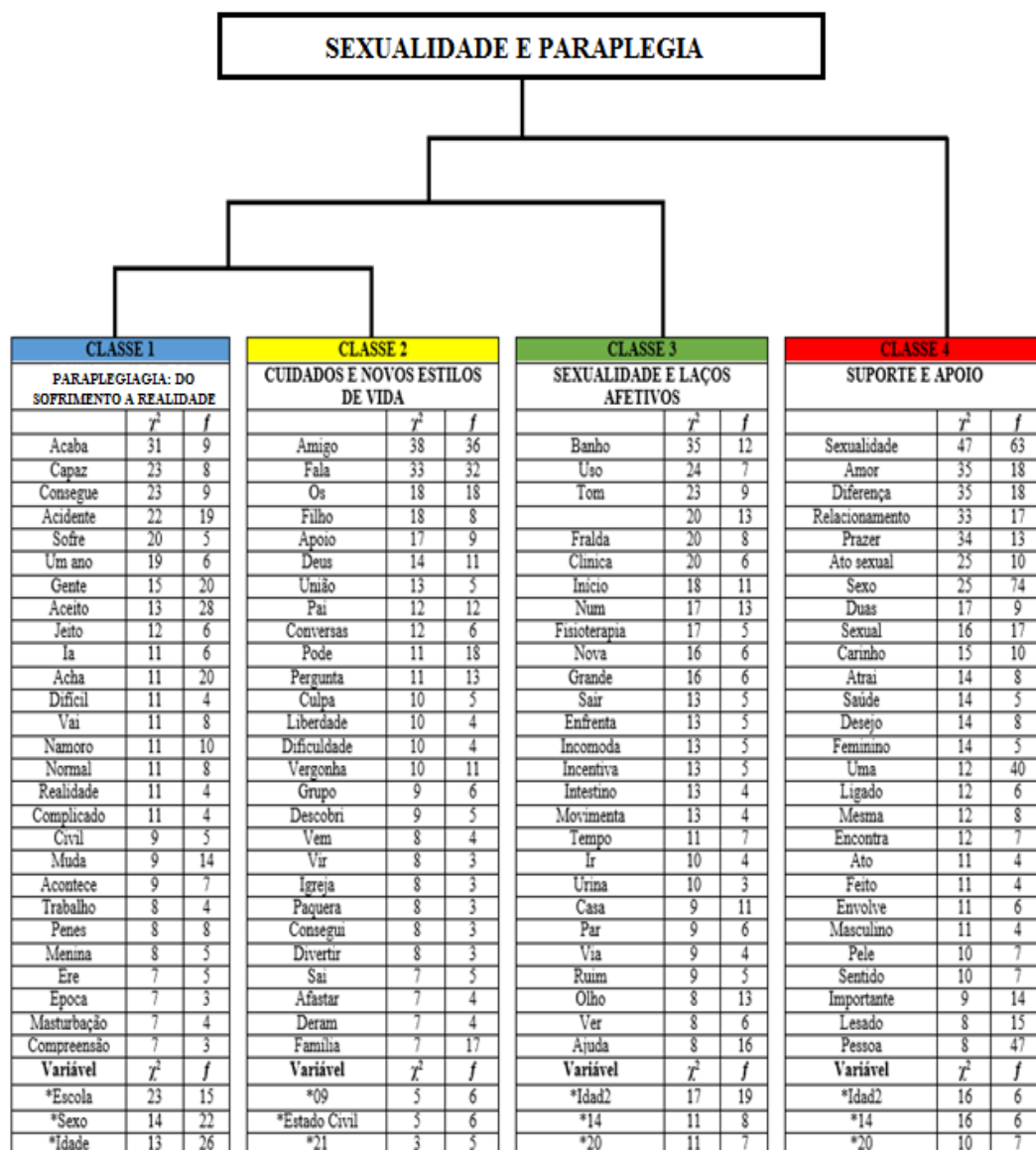


Figura 5. Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente – Entrevistas (n = 40)

Conforme a *Figura 5* observa-se do lado esquerdo Classe 1 denominada de “Paraplegia: do sofrimento a Realidade” foi constituída por um conjunto de palavras e radicais no intervalo da χ^2 31 (acabado) e χ^2 7 (compreensão). As variáveis fixas que contribuíram para este grupo foram ter entre 30 a 39 anos, ser do sexo masculino e cursar até o ensino médio. Para este grupo após sofrerem acidente e receberem o diagnóstico de estarem paraplégico sentem - se inicialmente “acabado”, mas paulatinamente conseguem, apesar de difícil e complicado, uma retomada a normalidade da sua vida afetiva, o que só é possível com a compreensão da nova realidade. Em geral, estas pessoas se sentem incapazes para a vida e para o trabalho, uma vez que o acontecimento provocou mudanças radicais na maneira de encarar a vida, estando relacionada à forma como os outros as percebe pessoas paraplégicas, assim como o sofrimento em aceitar a nova condição de lesionado medular. Neste sentido Maia (2011) e Lea, Mattos e Fontana (2010) afirmam que a auto - estima de uma pessoa deficiente dependerá das relações sociais favoráveis e que, em relação ao trabalho o corpo com lesões e deficiências não estaria apto ao regime de exploração da força de trabalho da sociedade capitalista, numa demonstração de preconceito. O que fica patente nestes recortes a seguir:

. . .a grande dificuldade para mim ainda é aceitar minha deficiência, não sou muito conformado apesar de 3 anos que estou numa cadeira de roda.

... olham com um olhar diferente ou então você chega num canto e todo mundo olha você, você é o centro das atenções, você é o foco, eu não me importo com olhar desse povo.

...fiquei deficiente tem 4 anos. Trabalhava hoje não trabalho mais, sou aposentado por invalidez, quem dá emprego a uma pessoa deficiente.

... tenho paraplegia há seis anos, levei um tiro em briga com uns rapazes num bar.

A Classe 2, definida como “Cuidado e Novos Estilos de Vida” foi composta por palavras e radicais no intervalo de $\chi^2 = 35$ (banho) e $\chi^2 = 8$ (ajuda). Nesta classe houve uma predominância dos participantes com idade entre 30 e 39 anos. Para este grupo o cuidado com o banho no início gerou uma dependência associada ao uso de fralda por causa da falta de controle da urina á ida a clinica de fisioterapia, onde se incentiva enfrentar a situação incômoda, através de movimentos que serão adquiridos com o tempo e com o apoio da família e dos amigos. Os cuidados e estes novos estilos de vida ressaltam que a independência é fator fundamental para esta nova vida que se inicia, pois a mesma requer o enfrentamento de preconceito e da discriminação, sendo isso possível através de ajuda, incentivo.

Os cuidados, o apoio familiar e as relações sociais estabelecidas são essenciais no início para que haja a aceitação da nova condição, sendo determinantes para este corpo que se tem ou que se passar a ter, pois a auto-estima perpassa pela aceitação de sua imagem corporal, uma boa imagem do corpo pode desenvolver uma auto estima positiva, no sentido da busca de uma autonomia, de vínculos sociais, da busco de diretos, contribuindo assim para um exercício de sua cidadania. Maia (2011), Maia (2006) Blackburn (2002), Vãs (1998) apontam que é preciso incentivar a ampliação das relações sociais para que a pessoa com deficiência possa desenvolver sua independência na sua reintegração social, pessoal, evitando assim o isolamento e a superproteção.

. . .hoje posso ver que posso fazer alguma coisa, no começo dependia muito dos outros, não gostava de tomar banho com minha mãe, tinha vergonha dela, mas se não fosse ela quem ia me dar banho, sempre era minha mãe, tinha vergonha, hoje

faço algumas coisa, não dependo tanto do povo de casa agora dependo dos outros, antes trabalhava, agora sou aposentado, agora fico em casa, hoje tomo banho sozinho

... minha família me ajudou muito, quando sofri o acidente, minha esposa teve toda compreensão e dedicação comigo

...o grupo da clínica tem me ajudado muito, pois aqui somos todos iguais, temos a mesma deficiência, pois ninguém é melhor do que ninguém

...o que mudou minha vida foi eu ter me aceitado como sou o trabalho, a faculdade, trabalho no setor administrativo, achava que não ia conseguir, hoje sei que sou capaz, adquiri segurança e fui fazendo as coisas, sou um pessoa livre, minha família me incentivou muito, me ajudou muito.

A Classe 3, denominada “Sexualidade e Laços afetivos” foi composta por palavras e radicais no intervalo de $\chi^2 = 47$ (sexualidade) e $\chi^2 = 8$ (pessoa), a variável fixa que mais contribui para esta classe foi a idade 30e 39 anos e acima de 40 anos. Para estes participantes é notório a re-significação da sexualidade, diferenciando sexo e sexualidade, quando considera sexualidade como um conceito mais amplo, que envolve relacionamento entre duas pessoas, atração, carinho, prazer e envolvimento sexual, onde o sexo não esta relacionado apenas ao prazer genital, mas também a atração, desejo, ao feminino e ao masculino, no sentido de encontrar o amor. Neste sentido, a sexualidade refere-se a uma pessoa como um todo, seus pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos com relação ao próprio indivíduo e aos outros, não deixando de levar em consideração a historicidade de cada pessoa, pois esta compreensão subjetiva da sexualidade diz respeito a vivencia emocional, mediada pela sociedade, pois as pessoas com deficiência dependem do processo de socialização, experimentação e esclarecimento. Esta re-significação da

sexualidade corrobora com o pensamento de Carneiro, Neves, Abreu e Brito (2012), Maia (2012 e (2011), Schwier e HingsBurger (2007), Louro (2007), França – Chaves (2005), quando afirmam que a sexualidade é algo subjetivo e que não está restrita a impulso biológicos; representa muito mais que a procriação, pois está relacionada ao sentimento mais amplo e as relações sociais estabelecida. Demonstrando ser a sexualidade um construto social e individual, relacionado a cultura de cada sociedade. Como ilustra os recortes abaixo:

...sexo para mim é abraço, é carinho, sensibilidade, prazer, união.

...sexualidade é mais amplo, uma convivência, são atos de confiança, são momentos de alegrias, tristezas, envolve sentimento, se preocupar com o outro, o afeto é essencial, muito mais importante que o ato sexual em si não se partilha nada sem afetividade.

...sexualidade é tudo que engloba o sexo no sentido de dar e receber prazer, é desejo, instinto, a diferença é que o sexo é o ato, a prática em si, sexualidade envolve pensamento, desejo, forma de pensar e agir sobre o sexo.

... sexualidade é muito mais ampla, é carinho, aconchego, amor, atenção, cuidar da vida do outro.

A Classe 4 representada pelo “Suporte e apoio”, foi composta por palavras e radicais no intervalo de $\chi^2 = 38$ (amigos) e $\chi^2 = 7$ (família). Os sujeitos que mais contribuíram para esta classe foram os participantes do sexo feminino que cursaram o ensino fundamental e pessoas com estado civil solteiro. O apoio foi proveniente das relações sociais, da família e também de Deus é suporte para enfrentar a nova realidade. A Igreja e o grupo de amigos possibilitaram uma maior liberdade, o que permitiu a

diminuição da vergonha e conseqüentemente a conversa e paquerar tornaram-se mais fáceis, vencendo assim as dificuldades sem culpa. Com relação a este aspecto das relações sociais segundo Maia (2011) e Paula, Takahashi e Paula (2009), o apoio familiar gera atitudes positivas frente a nova situação, tornando-se mais fácil a vida diária, assim como o preconceito com relação às mulheres paraplégicas no sentido desses indivíduos serem assexuados e que tem outros problemas a resolver. O apoio de amigos e do grupo familiar é fundamental para a nova re - significação da auto - estima, onde receber um feedback positivo de pares e da família favorecem a aceitação social, a integração a independência e a autonomia do sujeito lesionado. Ficando patente nos discursos abaixo:

...saio com meus amigos para me divertir. Tenho alguns amigos deficientes e como eles são excluídos eu também me vejo como eles.

...minha família me apoio muito, mas nunca tocou no assunto de sexo, sempre me viram como uma pessoa assexuada, mas eu falo dos meus paqueras, já fiquei com um amigo, ainda tenho vergonha de falar mais abertamente sobre sexo.

...hoje como estou seguindo minha religião, procuro Deus, então pouco importa o que as pessoas dizem de mim.

... às vezes necessito de ajuda e não tenho vergonha de pedir ajuda, sempre tem uma amiga para ajudar,...

... participo de um grupo na igreja lá também falamos das nossas vidas, é um grupo de mulheres, eu posso ter amizade, dificulta um pouco por que a vida delas é diferente da minha, mas nos damos bem, me faz bem a companhia delas, tenho liberdade de ser eu, perguntar o que acho que devo perguntar.

5.3 ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (ALP)

Os dados obtidos pela Associação Livre de Palavras foram processados através do software *Tri-Deux-Mots*, desenvolvido por Cibois (1998) e analisados pelo AFC (Análise Fatorial de Correspondência). Através do qual objetivou apreender as representações sociais dos participantes. Os estímulos indutores utilizados foram: *Sexualidade, paraplegia e eu mesmo*.

Segundo Coutinho, Nóbrega e Araújo (2011), e Combyet al(1993), “o princípio da AFC consiste em colocar em destaque a estrutura dos desvios à independência destacando os eixos e, com esse procedimento, explicando uma maior ou menor parte da variância total das respostas”. Revelando graficamente através dos planos fatoriais (F1 e F2) como se estruturam as representações sociais.

A Figura 02 retrata os campos semânticos construídos pelas representações sociais que foram apreendidas através dos estímulos indutores: “Sexualidade”, “Paraplegia” e “Eu mesmo”, representações estas elaboradas pelos participantes desta pesquisa. Utilizou-se como variáveis fixas: idade, escolaridade, estado civil e causa da paraplegia. As variáveis estado civil e causa não emergiram.

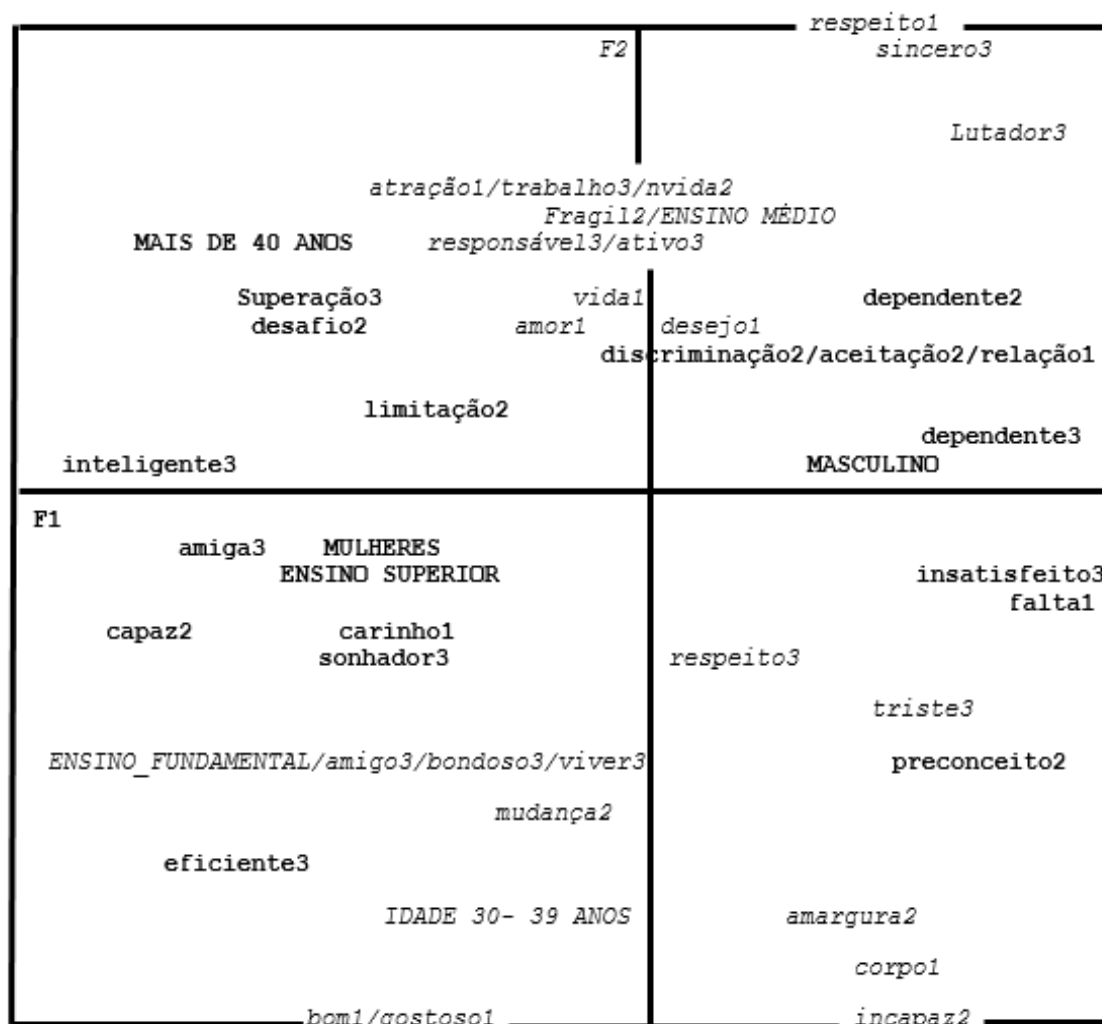


Figura 6. Plano fatorial de correspondência das Representações Sociais acerca da Sexualidade de Pessoas com Paraplegia³

A leitura gráfica dos campos aponta variações semânticas na organização do campo espacial, indiciando aproximações e distanciamentos das modalidades nos dois eixos ou fatores, sendo representado no Fator 1 (F1) e Fator 2 (F2). Os somatórios dos dois fatores demonstram um poder explicativo de 75,3% da variância total das respostas, demonstrando parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade.

³Fator 1 (F1), em negrito, localiza – se no eixo horizontal à direita e à esquerda; Fator 2 (F2), em itálico, localiza – se no eixo vertical superior e inferior; Variáveis fixas: sexo, idade, escolaridade, estado civil e causa; Estímulos indutores: 1 = sexualidade ; 2 = paraplegia ; 3 = eu mesmo; Estado civil e causas não emergiram no plano fatorial.

No Fator 1 (F1), na linha horizontal, no lado esquerdo do plano, encontram-se as construções dos participantes em relação ao estímulo indutor “sexualidade”, que foram representados pelo conjunto de elementos tais como “carinho” e “amor”. Com relação ao estímulo “paraplegia”, a sua representação foi construída através dos elementos “capaz”, “desafio”, “limitação”. No que diz respeito ao estímulo “eu mesmo”, o seu conjunto representacional foi elaborado pelos elementos “inteligente”, “superação” e “sonhador”, tais representações foram construídas por mulheres com ensino superior. Estas representações demonstram uma conceituação de sexualidade pelas mulheres relacionados a afetividade. Com relação ao estímulo indutor paraplegia, a representação está relacionada ao desafio que as pessoas com paraplegia enfrentam, passando pelo reconhecimento da deficiência, dos seus limites e da capacidade de superar os obstáculos sendo eficiente. No que se refere ao estímulo indutor “eu mesmo” as representações estão relacionadas a aspectos humanos positivos que levam o sujeito a resiliência, no sentido de aceitar a nova condição de pessoa com paraplegia. O que corrobora com o pensamento de França e Chaves (2005), Maia (2011), Maia (2012) e Soares, Moreira e Monteiro (2008) que a afetividade dos parceiros, dos amigos, dos familiares são importantes para este resgate e a superação dos obstáculos, assim como para a auto estima, contribuindo para sua aceitação social, integração, independência e autonomia. Assim, o indivíduo pode adotar um novo estilo de vida para se adequar à nova situação, onde o entendimento da paraplegia não é um fator de impedimento da sexualidade, podendo a mesma dificultar a busca de um parceiro sexual.

Analisando o campo semântico do Fator 1 (F1) no lado horizontal direito, observa-se que o estímulo indutor “sexualidade” foi representada por “falta”, “relação” e “desejo”. O estímulo indutor “paraplegia” por “preconceito”, “aceitação” “discriminação” e “dependente”, e o estímulo “eu mesmo” foi representado por “insatisfeito”, “triste”,

”respeito” e “dependente”. Estas representações foram construídas pelos participantes do sexo masculino. Observa-se que estas representações sobre sexualidade estão associadas a algo que lhe faz falta, embora exista a presença do desejo sexual, numa demonstração de que a pessoa paraplégica não é assexuada e sim dotada de erotismo e sexualidade; no que se refere a paraplegia, a mesma tem uma representação relacionada ao preconceito sofrido pelas pessoas com necessidades especiais, a dependência que as pessoas paraplégica tem no seu meio social e a aceitação no caso das pessoas com paraplegia adquirida. Estas representações são respaldadas por Maia (2011), Silva e Albertini (2007), Soares, Moreira e Monteiro (2008) quando mencionam que a masculinidade esta associada a força, a virilidade, a independência uma vez que a paraplegia gera uma forte impacto à identidade masculina.

O segundo Fator (F2), representado pela linha vertical, no canto esquerdo, reflete o pensamento dos participantes, com mais de 40 anos e com Ensino Médio onde a representação é composta pelo conjunto de elementos tais como: para *sexualidade* os elementos usados para sua representação foram “vida, “atração”, “respeito”, “desejo”, no que diz respeito ao estímulo indutor *paraplegia*, o conjunto de elementos semântico são representados por “frágil”, “nova vida”; com relação ao estímulo indutor *eu mesmo*, os elementos que o representam foram: “ativo”, “responsável”, “trabalho”, “lutador” e sincero. O que caracteriza a atividade e responsabilidade para o trabalho, mesmo sendo uma pessoa deficiente, com paraplegia, onde a capacidade de lutar se faz presente numa pura demonstração das suas reais capacidades. As representações estão relacionadas ao pensamento de Maia (2011), Pereira, Del Prette e Del Prette (2008) quando mencionam que a dessexualização do indivíduo é social e não fisiológica e quando afirmam que a deficiência na nossa cultura não é algo vantajoso uma vez que provoca adaptações e mudanças, mesmo que se mostre lutador ativo e valorize o trabalho. Para os homens a

carga é pesada devidos ao fato de culturalmente, serem vistos como uma pessoa que está sempre em atividade e que agora carrega o estigma da incapacidade. Vale salientar que, a deficiência tem significado social do descrédito, uma vez que implica visivelmente o comprometimento de alguma capacidade motora.

No fator2 (F2), no eixo abaixo, lado esquerdo, observa – sea representação da “sexualidade”, onde a mesma foi representada por elementos como:” bom”, “gostoso” e “corpo”; os elementos representacionais para “paraplegia” estão associados a sentimentos negativos, como: “incapaz”, “amargura” e “mudança”. O conjunto de elementos semânticos associados a “eu mesmo” foram representados por: “amigo”, “bondoso”, “viver” e “eficiente”. Estas representações foram feitas pelos participantes com idade entre 30 e 39 anos do Ensino Fundamental. A sexualidade é representada como algo bom e gostoso na vida do sujeito, uma vez que é algo inerente a todo ser humano independente da sua condição física a paraplegia é associadas sentimentos negativos como amargura e incapacidade, mas que gera mudanças na vida das pessoas paraplégicas, existindo a valorização da amizade e da bondade, pois a pessoa paraplégica passa por inúmeras re-significações no seu viver. Paulino Alves, Sátiro Xavier, Cavalcanti Costa, Limeira Lopes e Santos Baptista(2013) destacam que a deficiência em qualquer fase da vida é incomensurável uma vez que acarreta mudanças de todos os aspectos, seja ele social corporal ou psicológico. Maia (2011) afirma que o feedback positivo de pares e familiares é relevante para desenvolver a mediação social, os vínculos, afetivos, e, portanto, tornando-se reforçadores de sentimentos positivos de amor, afeto e aceitação.

Ao se comparar as representações sociais de homens e mulheres, percebe-se que as mulheres representam a sexualidade relacionada a aspectos humanos positivos como amor e carinho e os homens representa como algo que lhes falta e também relacionada a relação sexual em si, onde não poder realizar as funções sexuais dentro do padrão da normalidade

se sentem faltosos de algo que acreditam terem perdido, quando na verdade as suas funções sexuais, apenas estão limitadas pela deficiência física, neste caso a paraplegia.

Postas as descrições acerca dos resultados obtidos por ocasião do questionário sociodemográfico, da entrevista e da associação livre de palavras, a seguir encontram - se as discussões oriundas dos resultados descritos após a aplicação do questionário aplicado aos profissionais de saúde

5.5 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os enunciados dos participantes sobre SEXUALIDADE E PARAPLEGIA, processados a partir de um corpus constituído de 20 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), totalizou 3021 palavras, cujo número de palavras distintas fora 178, com média de 16,97 ocorrências por palavra. Destaca-se ainda que foram evidenciadas 66 radicais e 92 Unidades de Contexto Elementares (UCEs

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), representada pelo dendograma exposto na Figura 7, que deve ser lido da esquerda para a direita, considerou 71,74% do total das UCEs do *corpus* denominado “*Sexualidade na paraplegia*”. Deste, originou-se dois *subcorpus*. À esquerda, o *subcorpus* designado “*Aspectos biológicos da sexualidade*” aglutinou a Classes 3 (*Sexualidade enquanto sinônimo de sexo*) e Classe 2 (*Prática profissional justificadora*). Enquanto que, à direita, o *subcorpus* “*Aspectos biopsicossociais da sexualidade*”, subdividiu-se em dois *subcorpora*. À esquerda, o *subcorpora* *Concepção e Prática* agrupou a Classe 4 (*Prática profissional esclarecedora*) e Classe 1 (*Concepções da sexualidade*) e à direita a Classe 5 (*Orientação sexual*). Nesse sentido, as partições enceraram-se, uma vez que as classes apresentaram estabilidade.

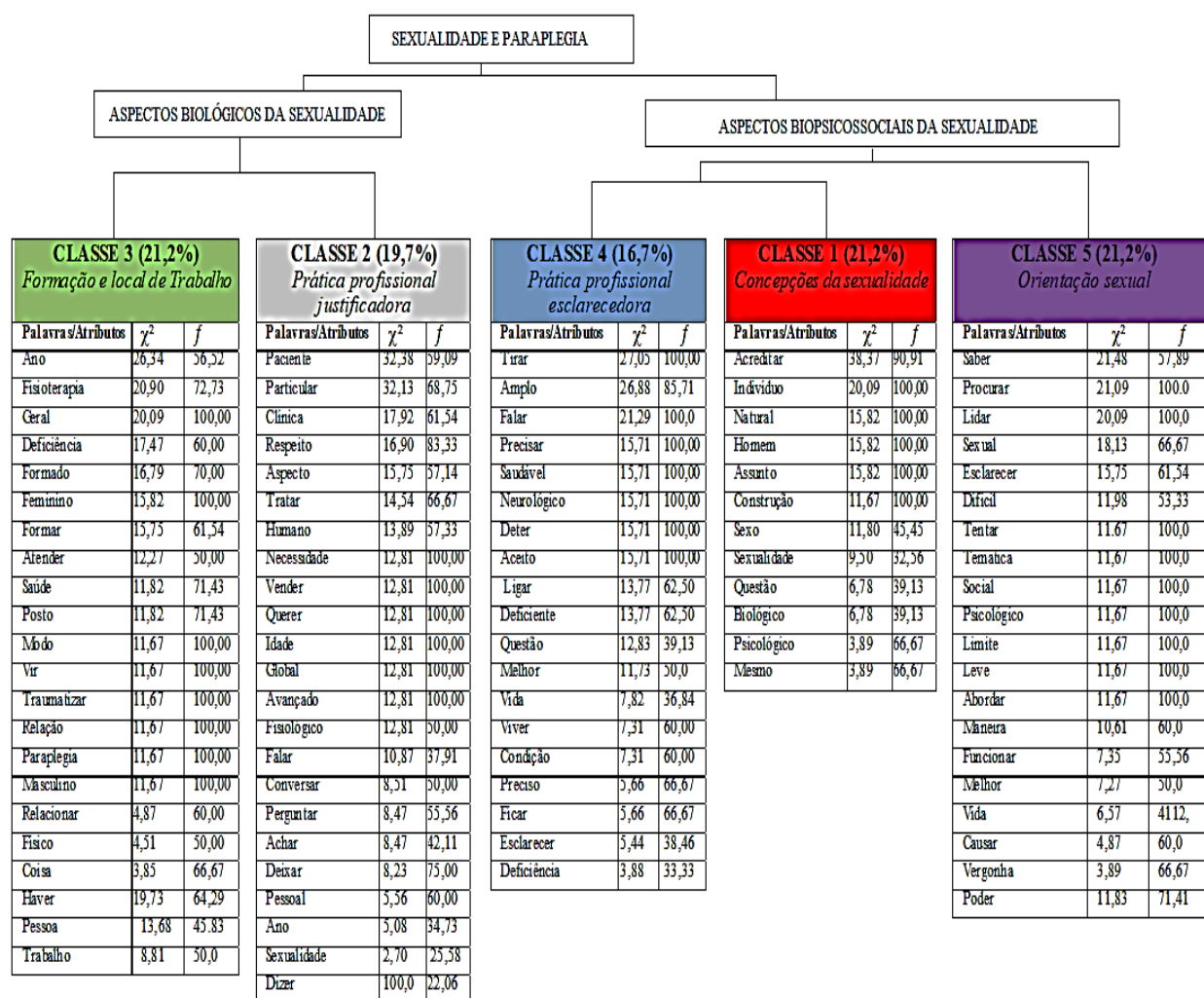


Figura 7. Classificação Hierárquica Descendente dos Profissionais de Saúde (CHD)

A Classe 3 categorizada de *Formação e Local de Trabalho*, com percentual das UCEs equivalente a 21,2%, onde as variáveis fixas que mais contribuíram foram a idade entre 25 e 30 anos e o sexo masculino. Nesta classe verificaram-se palavras no intervalo de $\chi^2 = 26,34$ (Ano) a $\chi^2 = 8,81$ (trabalho). De acordo com os segmentos de texto expostos, a classe 3 que versa sobre “Formado e o Local de Trabalho, destaca-se como local o posto de saúde, reafirmando-se também ao atendimento de pessoas do sexo masculino e feminino com deficiência. Neste caso o atender tem aparentemente um modo geral, cujo objetivo é o de

não vir a traumatizar os seus pacientes ao falar sobre sexualidade para pessoas que já chegam, traumatizadas pela deficiência que possui, detendo – se ao aspecto físico. Neste sentido Pinel (1999, p. 217) “os serviços de saúde, no quais a atenção vai para as partes lesionadas, a doença e o tratamento e raramente para a pessoa e seus sentimentos,” dando maior importância ao modelo biológico / neurológico , em detrimento de abordarem a sexualidade enquanto um fenômeno social, cultural e subjetivo”. A seguir encontram-se recortes que representam tal classe:

... sou formado em fisioterapia há nove anos, tenho trinta e dois anos trabalho num posto de saúde e atendo pessoas com deficiência de um modo geral.

...Sou fisioterapeuta, trabalho num posto de saúde atendo homens e mulheres com deficiência de um modo geral, nunca falo sobre sexualidade com meus pacientes, pois posso vir traumatizar e não quero causar mais danos a esta pessoas.

A Classe 2 denominada de *Prática Profissional justificadora*, reteve um percentual das UCEs equivalente a 19,7%, onde não houve contribuição de nenhuma das variáveis fixas, porém as UCEs representam o pensamento do grupo de participantes como um todo. Nesta classe verificaram-se palavras no intervalo de $\chi^2 = 33,38$ (*Paciente*) a $\chi^2 = 100,0$ (*Dizer*). Percebe-se que a Classe 2 ancora sua representação nos aspectos fisiológicos e destaca a sexualidade como uma necessidade, sendo necessário buscar o respeito no sentido de deixar o paciente dizer, falar, conversar, perguntar sobre esta temática, não falando sobre a mesma por se tratar de uma questão pessoal. Esta classe teve seu conteúdo objetivando no aspecto humano, respeitando a individualidade e o querer de cada paciente. Este pensamento corrobora com o de Zillotto e Marcolan (2013) quando afirmam que na formação profissional não é comum ser feita abordagem da temática da sexualidade humana, fazendo com que a construção do conhecimento se der por meio de estrutura pedagógica tradicional, na qual o cuidado é prestado de modo mecânico, tecnicista e

acrítico. Maia (2012, p. 230) relata em um estudo de caso “pouca informações dos médicos sobre a sexualidade em geral ...”. Gesser e Nuernbeg (2014) apontam diversos estudos que mostram que alguns mitos são apropriados pelos profissionais que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva e acabam limitando o acesso a informações sobre sexualidade. Santos, Alves, França, Coutinho e Junior (2012) indicam “os desajustes para atender as necessidades compreende aspectos variados, como a adequação dos espaços físicos, materiais e equipamentos, além da falta de preparo e habilidade dos profissionais para realizar uma assistência digna”. A seguir encontram-se os segmentos de texto que representam a referida classe:

...portanto se trata de uma necessidade fisiológica nunca converso com meus pacientes sobre a sexualidade deles e uma questão muito particular muito pessoal deixo que eles perguntem também são pessoas adultas e acho que eles não querem perguntar por que tem vergonha

...acho que o paciente também se sente constrangido em falar sobre sexualidade com um mulher talvez ele saiba que isso pode causar um mal geralmente me preocupo com seu bem estar físico acredito que isso caberia ao um psicólogo falar sexo.

A Classe 4 cognominada de *Prática profissional esclarecedora*, foi a com menor percentual de aproveitamento das UCEs, o equivalente a 16,7 %, não houve contribuição das variáveis fixas porém as UCEs representam o pensamento do grupo de participantes como um todo. Nesta classe verificaram-se palavras / radicais no intervalo de $\chi^2 = 27,05$ (*Tirar*) a $\chi^2 = 3,88$ (*trabalho*). Esta classe teve seu conteúdo ancorado no amplo conceito da sexualidade e sua objetivação no sentido de esclarecer sobre a deficiência no sentido de contribuir para uma melhor condição de vida sem precisar deter – se somente no aspecto

neurológico, mas indo além, possibilitando um viver mais saudável. Os extratos que seguem apresentam o teor desta classe: ...pelo menos informar e esclarecer tirar suas duvidas sexualidade é muito mais ampla do que sexo, já o sexo esta ligado a questões biológicas e sexualidade não.

...não me detenho apenas na questão neurológica, pois se ele se aceita na condição de pessoa deficiente ele terá uma vida saudável contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

A Classe 1 nomeada de *Concepções da sexualidades*, obteve um percentual de aproveitamento das UCEs, o equivalente a 21,2 %, não houve contribuição das variáveis fixas. Nesta classe verificaram-se palavras / radicais no intervalo de $\chi^2 = 38,37$ (*Acreditar*) a $\chi^2 = 3,89$ (*Mesmo*). Percebe-se que a Classe 1 ancora sua representação na diferenciação entre sexo e sexualidade, onde a mesma tem um sentido amplo que envolve atitudes, sentimentos e objetivando - a como uma construção que é natural do homem, destacando os aspectos biológicos e psicológico neste construir . A seguir encontram-se os segmentos de texto que representam a referida classe:

...sexualidade para mim é uma construção na vida de cada pessoa sexo acredito que é uma questão biológica e psicológica.

.. . sexualidade é algo mais amplo envolve sentimento necessidades integração de atitudes, desejos, comportamentos e sexo esta relacionado a questões fisiológicas.

A Classe 5 categorizada como *Orientação sexual*, obteve um percentual de aproveitamento das UCEs, o equivalente a 21,2 %, não houve contribuição das variáveis fixas. Nesta classe verificaram-se palavras / radicais no intervalo de $\chi^2 = 21,48$ e (*Saber*) a

$\chi^2 = 11,83$ (*Mesmo*). Percebe – se que o seu conteúdo foi ancorado na difícil maneira de abordar a sexualidade, sendo preciso esclarecer esta temática sem causar vergonha e objetivada no sentido de saber lidar com os limites que a deficiência tem , destacando seu aspecto social e psicológico na construção da sua sexualidade, na tentativa de melhor qualidade de vida para as pessoas deficientes, reforçando que o seu viver sexual passou por mudanças . Nos recortes abaixo textos que representam esta classe:

. . .seja ele psicológicos, sociais ou biológicos procuro dentro do meu limite esclarece as suas duvidas sei que e difícil para alguns falar sobre esta temática mas procuro aborda- la de maneira leve tentando não causar mal estar pois se que e difícil para ele falar sobre isso

. . .pelo menos tendo informar e esclarecer melhor tirar suas duvidas sexualidade é muito mais ampla do que sexo, já o sexo esta ligado a questões biológicas e sexualidade não ser deficiente não é fácil na sociedade que vivemos temos que ter paciência para informar e que alguma coisa mudou na sua vida sexual.

5.6 ANÁLISE DE SIMILITUDE

A partir da Análise de Similitude ou de semelhança conforme a Figura 8, onde segundo Marchand e Ratinaud (2012) a mesma possibilita localizar concorrências existentes entre as palavras, indicando suas conexidades, observa-se que o termo Sexualidade organiza diferentes formas de sua compreensão, estando fortemente relacionado aos vocábulos *Ano (formar e fisioterapia)*, e caracterizando – se como conceito amplo ligado ao ser humano, que é preciso falar e tirar duvidas, pois constitui uma aspecto importante da vida, mas difícil de ser abordada. Percebe-se ainda, apesar de uma baixa ocorrência, que os termos *conversar, perguntar*, maneira, geral forma e sexo indicam uma representação com teor de afastamento associado a não voluntariedade dos

profissionais indiciando que o mesmo fica a esperar que o paciente tome a iniciativa, pois não quer trazer transtorno uma vez que a falar sobre sexualidade pode caracterizar uma invasão de privacidade. Enquanto que a palavra *esclarecer*, aparece indicativo positivo de contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas deficientes no que diz respeito ao seu viver sexual.

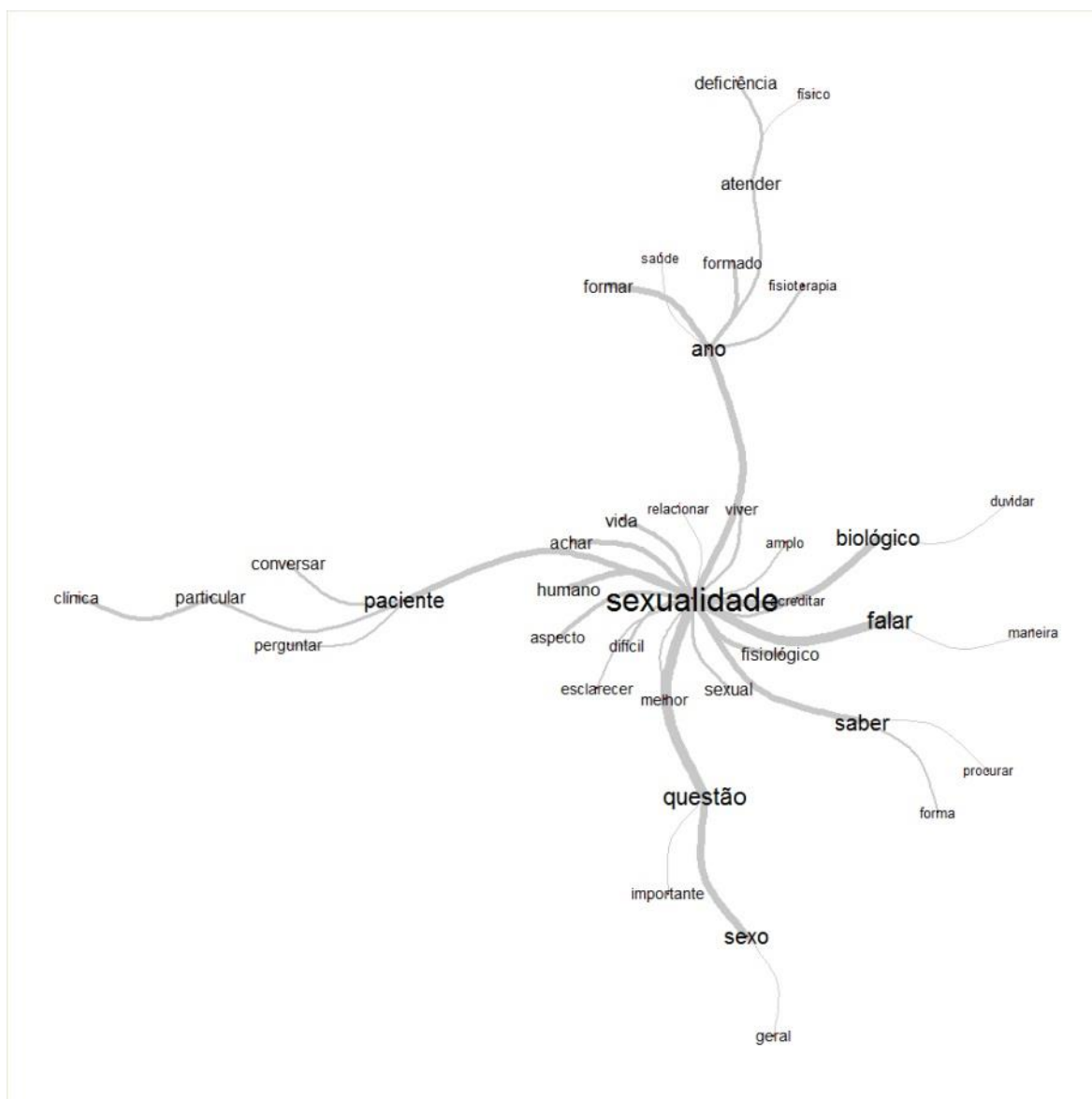


Figura 8. Resultados da Análise de Similitude acerca da Sexualidade.

”

Tendo como objetivo principal de apreender as representações sociais acerca da sexualidade por pessoas paraplégicas, a partir dos discursos das mesmas, esta tese, através dos resultados alcançados, demonstra uma análise científica do que se pode denominar de senso comum, pois, por meio de investigação, averigua-se uma disposição do tipo deste saber pelas pessoas paraplégicas e do significado da sexualidade por este grupo de pertença.

O recurso metodológico utilizado permitiu a identificação dos conteúdos das representações sociais dos participantes paraplégicos, o grupo de sujeitos desta pesquisa não foi dividido, embora houvesse dois tipos de pessoas com paraplegia: pessoas com paraplegia congênita e pessoas com paraplegia adquirida, assim como participantes de ambos os sexos dados. No entanto, os dados destacaram a existência de diferenças entre os participantes no que se refere à questão de gênero, principalmente no que se refere à sexualidade, onde as mulheres tiveram uma representação ligada a sentimentos de carinho e amor, enquanto os homens a representaram associada a relação sexual e ao respeito.

De acordo com a literatura científica sobre a temática, chama-se a atenção para a maioria participativa dos homens com a faixa etária entre 25 e 57 anos com paraplegia adquirida, caracterizando como uma população em sua maior parte de jovens adultos, homens que se encontravam em sua plena atividade de trabalho, por conseguinte, homens ativos e atuantes. Os resultados da pesquisa revelam que a construção das representações sociais acerca da sexualidade por pessoas paraplégicas encontram-se edificadas sobre o sofrimento causado pela paraplegia, principalmente pelos homens com paraplegia adquirida. Aponta-se, nesta direção aprofundamento em estudos sobre a sexualidade de pessoas com paraplegia adquirida no sentido de amenizar este sofrimento, mostrando as novas possibilidades que a vida oferece e que é possível se viver uma vida social saudável

mesmo sendo uma pessoa deficiente, estes aspectos estão relacionado à auto-estima da pessoa deficiente que precisa ser resgatada, assim como seus direitos a vida cidadã.

A ancoragem no sentimento de perda da independência notadamente pelas pessoas com paraplegia adquirida através de acidentes de carros, motos, arma branca, arma de fogo e quedas, agravada pela falta do que era antes de ser acometido, com o registro de um acontecimento foram reveladas por meio da objetivação de aceitação de uma nova vida e da superação através dos laços afetivos, sejam eles familiares, de amizade ou de relacionamento.

Apresenta-se como característica na fala dos participantes, com relação à paraplegia uma ancoragem associada à incapacidade, a dependência, ao preconceito e a discriminação, reforçando a representação social de conteúdos negativos com relação a pessoa com paraplegia, trazendo uma apreensão de conteúdos sociais que fundamentam uma representação social relacionada a sentimentos de negatividade.

Ao termino deste estudo consta-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que possibilitou apreender a Representação social da sexualidade por pessoas paraplégicas, além de comprovar que é possível o exercício de uma sexualidade saudável pelas mesmas.

Confirmou-se o pressuposto de que a sexualidade é inerente ao ser humano, independente de sua condição física, possibilitando desfazer uma visão de que as pessoas paraplégicas são assexuadas, mas, pelo contrario, a sexualidade existe e pode ser vivida em sua plenitude, levando – se em consideração as limitações que a própria deficiência impõe, numa demonstração de que a pessoas com paraplegia não perde a capacidade de sonhar, amar, desejar e, principalmente ter uma vida saudável e feliz, sendo necessário para isto que a sociedade entenda o sujeito paraplégico na sua totalidade, ou seja, nos seus aspectos biopsicosocial e que seja promotora de vivencias que melhorem a qualidade de vida destas pessoas.

Os dados obtidos contribuem também para o aumento do conhecimento científico acerca da sexualidade da pessoa com paraplegia, tendo em vista a escassez de estudos relacionados à temática, especificamente acerca dos benéficos que a mesma pode trazer a qualidade de vida da pessoa paraplégica, uma vez que pesquisas significativas acerca do tema abordam apenas mudanças e perdas, e não um aspecto positivo da sexualidade como forma de resgatar a cidadania do sujeito com paraplegia.

Na verdade a diferença entre pessoas não – deficientes e pessoas com deficiência existe, pois, na verdade, todos somos diferentes em nossa constituição, seja biológica, física, psicológica ou social. Entretanto, essas diferenças podem ser minimizadas pelo viés da igualdade, buscando recorrer às limitações das pessoas com deficiência e não deixando de apreciar as suas capacidades, valorização esta que se dar pela informação, pelo reconhecimento delas como cidadãos, pela auto estima resgatada e pelo processo de inclusão social.

A não aceitação da condição de ser uma pessoa com deficiência ocorre por que elas não se enquadram nos padrões de beleza e estética corporal imposto pela sociedade, o que recai na sua sexualidade, principalmente porque a sexualidade ainda esta associação a penetração, fazendo com que se cristalice a idéia de que essas pessoas são assexuadas, uma vez que não corresponde a expectativa da sociedade, seja na esfera do trabalho, seja na esfera sexual, sempre sendo colocada a margem da sociedade. Esta representação de que as pessoas com deficiência são assexuadas, está atrelada também a questões culturais e históricas, pois os indivíduos revelam o que é trazido em si, o que foi vivido, sendo resultado das relações estabelecidas com o grupo de pertença.

O fato de não se mudar a realidade, pois a mesma é visível e não tem como esconder ou fugir dela torna possível o reconhecimento e aceitação da deficiência, sendo preciso para isso uma rede afetiva de apoio, que fortaleça a percepção de que apesar da

deficiência, ela continua sendo uma pessoa digna, produtiva, capaz de amar e desfrutar do amor do outro.

É necessário enfatizar que sejam reforçados os aspectos positivos da existência humana, para que a pessoa com paraplegia possa transcender os obstáculos impostos pela sociedade, uma vez que suas limitações se dão muito mais pelos aspectos psicossociais do que pelos aspectos neurológicos, pois o reforço positivo das capacidades proporcionaram uma melhor aceitação da condição das pessoas com paraplegia e, assim, possibilitar um melhor bem – estar físico e psicológico

Esta tese compreende apenas um recorte da realidade, que adentro no universo sexual da pessoa com paraplegia, numa tentativa de melhor compreender a sua percepção sobre a sexualidade, tornando-se um desafio para o pesquisador, uma vez que é navegar no mundo destas pessoas tão cheios de preconceitos e discriminação, além de se tratar de sua resistência, atrelada de valores morais e culturais, associada à invasão de privacidade.

Pesquisas relacionadas a sexualidade da pessoa com paraplegia ainda são incipientes, uma vez que estudos existentes como o de Maia (2012), Silva, Schoeller, Gelbke, Carvalho e Silva (2012), Lea, Mattos e Fontana (2010), Soares, Moreira e Monteiro (2008), Silva e Albertine (2007) e França – Chaves (2005) e tantos outros que em sua maioria se detém nos aspectos fisiológicos com disfunção sexual por exemplo. Estudos que possam desenvolver a capacidade de apreender aspectos subjetivos da pessoa com paraplegia ganham importância uma vez que permitem apreensão de sentimentos e emoções existentes no cotidiano das pessoas com paraplegia que, de certa forma, são reflexo do comportamento da sociedade.

Este estudo constatou que os participantes demonstram possuir uma representação ampla da sexualidade, porém, a grande dificuldade esta na aceitação da condição de ser paraplégico, onde suas representações são objetivadas através de elementos positivos

constituintes da sexualidade tais como amor, carinho, atenção, o que poderá ajudar na superação da sua nova condição de pessoa deficiente.

Percebe - se a questão brasileira no que se refere à política pública para pessoa com deficiência, por um lado tem dados seus avanços, mas por outro, as leis que deveriam ser aplicadas não são, pois falta acessibilidade nas cidades, transportes, educação, saúde, trabalho, chegando mesmo ao desrespeito para com o ser humano pôr ser deficiente.

Enfim, fica a reflexão acerca da aplicabilidade destes achados, o desafio da modificação da situação em que a sexualidade da pessoa com deficiência, especificamente da pessoa com paraplegia é vista como pessoas assexuadas e que nem sempre pode viver em plenitude a sua vida sexual, sendo necessárias informações para que a mudança deste quadro.

Há de se revelar que este estudo apresenta limitações, por ter sido realizado com um amostra reduzida de pessoas paraplégicas e alguns profissionais de saúde, além de abordar apenas um aspecto da vida destas pessoas, principalmente a deficiência, devendo ser aprofundado com estudos que resultem em novas pesquisas, por ser uma temática de grande relevância e profundidade social. A sexualidade da pessoa paraplégica esta a merecer estudos metodológicos para sua melhor compreensão, uma vez que esta tese na sua evidencia, compreende tão somente um recorte da realidade, na tentativa de contribuir com o conhecimento científico a partir de um determinado fenômeno social complexo multifacetado que esta a fazer jus a um aprofundamento numa perspectiva psicossociológica, buscando um entrelaçar sexualidade e paraplegia, a partir de mudanças culturais e sociais.

Diante do inegável aumento do numero de pessoas acometida por paraplegia, principalmente no que se refere à paraplegia adquirida pelo contingente masculino em uma idade jovem, necessário se faz proporcionar a esta população maiores esclarecimento a

respeito das reais possibilidades de viver a sua sexualidade, cabendo aos profissionais de saúde atuarem no contexto multidisciplinar, no sentido de uma maior compreensão acerca deste sujeito que apresenta em uma nova condição de vida.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, percebe-se que a sexualidade vem sendo marcada por uma invisibilidade e obscuridade, embora se faça presente no exercício de suas profissões, seja pela prática justificadora, quando afirmam que é preciso deixar que o paciente pergunte, se manifeste curioso sobre sua condição sexual a partir da deficiência. Neste sentido torna-se necessário que os cursos superiores revejam seus currículos com o objetivo de uma melhor sistematização pedagógica que considerem a sexualidade uma constante na prática de cuidar, contribuindo assim para uma prática transformadora de conceito e valores.

Acredita-se que com a implementação eficaz das políticas públicas existentes para a pessoa deficiente e a melhoria das mesmas, a compreensão do sujeito em sua totalidade biopsicossociológica, possa garantir a pessoas deficientes, o pleno exercício da sua cidadania, alcançando assim a diminuição dos preconceitos, da discriminação, dos estereótipos e da falta de conhecimento sobre a sexualidade da pessoa com deficiência de uma modo geral, o que repercutirá como consequência da aceitação de ser uma pessoa com deficiência e na melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Alba, Marta de. (2011). Representação social e memória coletiva: uma releitura. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade. (Org.). *Teoria das representações sociais – 50 anos*. EURJ – Brasília.
- Almeida, A. M. de O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24(3), 713 -737. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>
- Araujo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000100010>
- Bataille, G. (1987). *O erotismo*. L& PM: Porto Alegre
- Bento, M. M.. (2010). *O corpo com paraplegia e tetraplegia adquirida; um estudo sobre a sexualidade*. Dissertação de mestrado. 128p. Pontifícia Universidade católica de Goiás
- Benhabib, S., & Cornell, D. (1987). *Além da Política de Gênero. In feminismo como crítica da modernidade*. Editora Rosas dos tempos Ltda. Rio de Janeiro
- Boff, L., & Muraro, R.M.(2002). *Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Editora sextante.
- Bogle, J., & Shaul, S. L. (1981). Body image and the woman with a disability. In D. Bullard, & S. Knigh. *Sexuality & Physical Disability: personal perspectives* Mosby Company Missouri: USA
- Blackburn, M. (2002). *Sexuality & disability*. Butterworth Heinemann: Oxford
- Bleier, R. (1984). *Science and gender: a critique of biology and its theories on women*. New York, Pergamon Press.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988
- Congresso Nacional. Lei 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio as “pessoas portadoras de deficiência, sua integração social sobre a Coordenadoria Nacional de pessoas Portadoras de deficiência” CORDE – 1989.

- Brasil. (1989). *Decreto Nº 3.298/99*. Regulamenta a lei nº 7.853, dispõe sobre a política nacional para a Integração da pessoa Portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências/Brasília.
- Brasil. (2006). *Ministério da Saúde*. A Cartilha do Censo 2010 – Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Secretaria dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2012). *A Cartilha do Censo 2010 – Ministério da Saúde* - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Secretaria dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2016). *Ministério da Saúde*, Conselho Federal de Saúde. Conselho.saude.gov.br
- Brasil. (2014). *Ministério do Trabalho* – Portal do Trabalho. Recuperado em: http://portal.mte.gov.br/fisc_trab/deficiencia-fisica.htm
- Campos, M. P. (2007). *Identidades “anormais”*: a (des) construção dos corpos “deficientes”. In 29ª Reunião Anual da ANPED, 23 Caxambu. GT: Gênero, Sexualidade e Educação. N. 23 (2007). Recuperado em: <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalho/Gt23-1941 -- Int.pdf>.
- Campos da Paz, A. e al. (1992). *Traumatic injury to the spinal Cord. Prevalence in Brazil hospitals*. Paraplegia, n.30, p. 636-640
- Carmo, A. A. (1994). *Deficiência física: a sociedade brasileira, recupera e discrimina*. 2ª Ed. Secretaria de Desporto. Brasília
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). *Tutoria para uso do Software IRAMUTEC*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – UFSC - Brasil
- Carneiro, V. M. B., Neves, E. M., Abreu, S. B., Brito, & Oliveira, L. M. (2012). Sexualidade em Mulheres com Lesão Medular Espinha. *Rev. Pesq. Saúde*, 13(1):30 – 33.

- Carvalho, M. E. P. (2010). Gênero, educação e ciência. In C. J. dos S. Machado, I. M. F. L., M. L. da S. (Org.). *Gênero e praticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. EDUEPB, Campina Grande-PB.
- Coordenação Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência – CORDE (1996). Acesso em 20 de fevereiro de 2017. Recuperado em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sobre-a-secretaria/historico>.
- Costa Filho, J. A. (2003). *Educação, prevenção e AIDS: a escola preveni a epidemia?* Dissertação de mestrado, 142p. Universidade estadual da Paraíba. Campina Grande - PB
- Coutinho, M. da P. de L. (2001). *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Coutinho, M. da P. de L., & Nóbrega, S. M. (2011). O teste de associação livre de palavras. In M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Org.). *Métodos de pesquisa em Psicologia social*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Coutinho, M. da P. de L., Nóbrega, S.M., & Araujo, L. S. (2011). Software Trideux – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisa em representações sociais. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A., Saraiva (Org.). *Métodos de pesquisa em Psicologia social*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Dall’Alba, L. (2004). Educação sexual de pessoas caracterizadas como deficiente mental: construção da autonomia. In L. Bianchetti, I. M. Freir. (Org.). *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. 6 Ed. Papirus: Campinas – SP
- Dantas, B., & Suruagy, A. (2010). *Sexualidade, cristianismo e poder. Estudos e Pesquisa em Psicologia*. UERJ: Rio de Janeiro
- Defino, H. L. A. (1999). Trauma raquimedular. *Medicina*, 32(4). 388-400. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i4p388-400>.

- Dicionário de Termos Médicos. (2014). Acessado em 25 de maio de 2014. Recuperado em: <http://www.enfopedia.pt/termos-médicos/paraplegia>>
- Diniz, D. (2007). *O que é deficiência?* São Paulo Brasiliense.
- Diniz, E. R. S. (2012). *Impacto da lesão medular sobre a sexualidade*. Dissertação de Mestrado. 111p. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa –PB.
- Duarte, V. & Christiano, A. P. (2012). *A história da sexualidade*. In XIV Semana de Educação 2012, Londrina. XIV Semana da Educação Pedagogia 50 anos. Faculdade de filosofia, Ciências e Letras. Universidade Estadual de Londrina.
- Durkheim, E. (1983). As regras do método sociológico. In E. Durkheim. *Coleção os Pensadores*. (71 – 159). São Paulo: Abril cultural.
- Favero, C. (2016). *O que é sexualidade*. Acessado em: 15 de março de 2017. Recuperado em: www.infoescola.com/sexualidade/o-que-e-sexualidade/.
- Figueredo, N. M. A. (2005). *Ensinando a cuidar em saúde pública*. Yendis: São Caetano do Sul.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I – a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do Poder*. Edições Graal: Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais*. Martins Fontes. São Paulo: SP.
- Foucault, M. (2007). *História da sexualidade II*. Graal. Rio de Janeiro
- França, I. S. X. de, & Chaves, A. de. F. (2005). Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. *Revista Acta Paul. Enfermagem*, 18(3): 253 – 259. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a05v18n3.pdf>.
- França, I. S. X. de, Coura, A. S., Sousa, F. S. de, Almeida, P. C. de, & Pagliuca, L. M. F. (2013). Qualidade de vida em pacientes com lesão medular. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 155-163. Recuperado em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaDeEnfermagem/article/view/23392/24525>.

- França, I. S. X.de, Baptista, R. S., Abrão, F. M. da S., Coura, A. S., França, E. G. de, &Pagluica, L. M. F. (2012). O descuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. *Revista Bras. De Enfermagem*, 65, 236-243. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a06.pdf>.
- Frayser, S. (1989). *Sexual and reprodutctive relationships: cross – cultural evidence and biosocial implications!* Med. Anthropol.
- Froes, M. A. V. (2000). Sexualidade e deficiência - Sexualidade e deficiência? *Portal de Pesquisa da BSV – Temas desenvolv*; 48(8)24-29.
- Goellner, S. V. (2007). A produção cultural do corpo. In G. L. Louro, Felipe, J.&S. V. Goellner. *Corpo, Gênero e Sexualidade— um debate contemporâneo*. Vozes: Petrópolis
- Greve, J. M. D. A., Casalis, M. E. P., &Barros Filho, T. E. P. (2001) Diagnostico e tratamento da lesão da medula espinhal Roca: São Paulo.
- Guimarães, I. (1995). *Educação sexual na escola: mito e realidade*. Campinas: Mercado das Letras. Apud Maia, Ana Claudia Bortolozzi(2001). Inclusão e sexualidade: na voz das pessoas com deficiência física. Curitiba: Juruá
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2014). Rio de Janeiro.
- Jesuino, J. C. (2011). Um conceito reencontrado. InA. M. O. Almeida,M. F. S Santos,Z. A. Trindade.(Org.). *Teoria das representações sociais – 50 anos*. UERJ – Brasília.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. InD.Jodelet, (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Leal, D.R.,Malttos, G. D. de, & Fontana, R. T. (2013). Trabalhador com deficiência física: fragilidade e agravos autorreferidos. *Revista Brasileira de enfermagem*,66(1), 59-66.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100009>.

- Lahlou, S. (2011). Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In A. M. de O. Almeida, M. de F. S. Santos, Z. A. Trindade. (Org.). *Teoria das representações sociais – 50 anos*. UERJ – Brasília.
- Laplanche, L., & Ponatlis, J. B. (2010). *Vocabulário da Psicanálise* Martins Fontes. São Paulo-SP.
- Lianza, S. et al. (2001). A lesão medular. In S. Lianza. (Org.). *Medicina de reabilitação*. Gunabara Koogan: Rio de Janeiro.
- Loureiro, A. C. R. (2012). *Formação de valores morais na educação infantil: representação e prática sociais das professoras*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB.
- Louro, G. L. (2007). Currículo, gênero e sexualidade - o normal, o diferente e o excêntrico. In G. L. Louro, J. Felipe, & S. V. Goellner. *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na Educação* (3ª Ed.). Petrópolis: Vozes.
- Machado, A. B. M. (2000). *Neuroanatomia Funcional*. 2. Ed. Livraria Atheneu: Rio de Janeiro.
- Maia, A. C. B. (2002). Avaliação diagnóstica em educação especial: processo de integração ou exclusão?. In H. S. Raphael, & K. Carrara. (Org.). *Avaliação sobre exame*. p 53 – 82. Campinas: Autores Associados.
- Maia, A. C. B. (2003). *Sexualidade e deficiência física no contexto escolar*. 689p. Tese de Doutorado em Educação. Universidade estadual Paulista. Marília – SP
- Maia, A. C. B. (2006). *Sexualidade e deficiência*. Unesp: São Paulo.
- Maia, A. C. B. (2010). Conceito amplo de sexualidade no processo de educação sexual. *Revista Psicopedagógica online*, 1 -10.
- Maia, A. C. B. (2011). *Inclusão e sexualidade: na voz da pessoa com deficiência física*. Curitiba: Juruá.

- Maia, A. C. B. (2012). A sexualidade depois da lesão medular: uma análise qualitativa-descriptiva de uma narrativa biográfica. *Interação Psicol*, 16 (2), 227 – 237.
- Minayo, M. C. de S. (2003). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P.Guareschi, &S.Jovechelovitch. *Textos em representações sociais*. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (5ªed.). São Paulo: Hucietc/Abrasco.
- Moscovici, S. (2012a). *A psicanálise, sua imagem e seu publico*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012b). *Representações sociais: investigação em psicologia social*. Petrópolis: vozes.
- Nogueira, P. C. (2005). *Ocorrência de ulcera de pressão em pacinetes hospitalizados com lesão traumática de medula espinhal*. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto
- Nunes, C. A.(1987).*Desvendando a sexualidade*. 5ª Ed. Campinas: Papirus.
- Nunes Filho, N. (1999).*Eroticamente Humano*. Piracicaba: Unimep
- Nunes, R. S. de M. (2015). Entendendo Alexandre ou a sexualidade na Grécia Antiga. Recuperado em: <http://capbarbanegra.space.live.com/>.
- Oliveira, Fabiana Luci. (2016) Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. Red. De Revistas Cientificas de America Latina y Del caribe, España y Portugal
- Omete, S. A.(1994). Deficiência e não deficiência: recortes no mesmo tecido. *Revista Brasileira de educação especial*,1(2). Recuperado em: http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista2numero1pdf/r2_art06.pdf.

- Organização Mundial de Saúde. (2002). Informe Mundial sobre a violência e a saúde. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). In Portal da Juventude –<http://juventudo.gov.pt> p 01
- Palmonari, A., & Cerrato, J. (2011). Representações sociais e psicologia social. . In A. M. de O. Almeida, M. de F. de S. Santos, & Z. A. Trindade. (Org.). *Teoria das representações sociais – 50 anos*. UERJ – Brasília.
- Paoli, C. de. (2007). Erotismo, uma pére – version. *Tempos Psicanalíticos*, 39 Rio de Janeiro.
- Paulino, A., Fabiana, S. X. de, França, I. C. C., Gabriela M., Limeira L., & Baptista, M. E. (2013). Adolescentes e jovens com deficiência adquirida por violência: representação sobre deficiência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(13). Universidade federal do Ceará. Fortaleza.
- Paula, M. A. B., Takahashi, R. F., Paula, P. R. de. (2009). Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 29 (1), 77-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000100011>.
- Paz, O. (1994). *A dupla chama*. Siciliano: São Paulo.
- Pereira, C. de S., Del Prete, A., & Del Prete, Z. A. P. (2008). Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência. *PsicoUsf*, 13(1).
- Pinel, A. C. (1999). Educação sexual para as pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais. In M. Ribeiro. (Org.) . *O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde*. II São Paulo: Gente.
- Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes, São Paulo.
- Puhlmann, F. (2000). *A revolução sexual sobre rodas: conquistando o afeto e a autonomia*. São Paulo.

- Reich, W. (1984). *A função do orgasmo*. 10 ed. São Paulo. Ed. Brasiliense.
- Ribas, J. B. C. (2003). *O que são pessoas deficientes?* São Paulo: Brasiliense.
- Sá, C. P. de. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro. Edurj.
- Salles, A. C.T.da C., & Ceccarelli, P. R. (2010). *A invenção da sexualidade*. Reverso, Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais.
- Santos, T. R., Alves, F. P., França, I. S. X.de, Coutinho, B. G., & Silva Junior, W. R.da. (2012). Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. *Revista Ágora*, 15, 210 – 219. Recuperado em: <http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/4223/3330>.
- Santos, E. R. N. dos, Paiva, R. X.de, Santos, G. de M., Barbosa, G. G., & Aquino, T. A. A. (2013). Logoterapia: a busca pelo sentido da vida. In G. de M. Santos, G. G. Barbosa, & T. A. Aquino. *Logoterapia prática: intervenções clínicas sob a perspectiva da análise existencial de Viktor Emil Frankl*. Campina Grande: EDUEPB.
- Santos, L. P. (2010). Deficiência e maternidade: uma análise feminista na APAE – CG. In C. J. S. Machado, I. M. F. L. Santiago, M. L. da S. Nunes (Org.). *Gênero e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. EDUEPB, Campina Grande.
- Saraiva, E.R. de A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre o discurso da mídia impressa e a fala do idoso*. Tese de Doutorado. Universidade federal da Paraíba. João Pessoa.
- Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. de L., Miranda, R. S. (2011). O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. In M. P. L. Coutinho, E. R. A. Saraiva (Org.). *Métodos de pesquisa em Psicologia Social*. João Pessoa: Editora Universitária.

- Sayão, Y., & Duarte, S. (2015). *Sexualidade na antiguidade*. Bock Edição Educar Rede. São Paulo.
- Scott, J. (1995). *La capacidad em La discapacidad – sordera, discapacidad intelectual, sexualidade e autismo*. Lugar Editorial: Buenos Aires
- Schiwier, K. M., & Hingsburger, D. (2007) *Sexuality – Your sons and dangers whit intellectual disabilities*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co
- Souto Mayor, A. Antunes; E.S.D. C. & Almeida, T. (2009). O “devir” do amor e da sexualidade no processo de envelhecimento. *Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clinica*. 286 -293. São Paulo.
- Sennett, R. (1988). *O declínio do homem publico: as tiranias da intimidade*. Companhia das Letras: São Paulo
- Silva, C. dos S. (1999). Sexualidade e promoção da saúde no espaço escolar. In M. Ribeiro, (Org.). *O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde*. II São Paulo: Gente.
- Silva, L. C.A.da, & Albertini, P. (2007). A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, 19(1) . Niterói.
- Silva, G.A., Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F.de, & Silva, E. M. de J. P. (2012). Epidemiologia da paraplegia traumática em centro de reabilitação em Fortaleza, Ceará, Brasil. *EFDportes.com. Revista Digital*, Buenos Aires, 17(171).
- Spink, M. J. P. (2010). *Psicologia social e saúde: praticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Spitzner, R. H. L. (2005). *Sexualidade e adolescência: reflexões acerca da educação sexual na escola*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Estadual de Maringá . Maringá.

- Soares, A. H. R., Moreira, M.C.N.&Monteiro, L. M. C. (2008). Jovens Portadores de deficiência: Sexualidade e estigma. *Ciências&SaúdeColetiva*,13(1), 185-194.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100023>.
- Vall, J., Costa, C. M. de C., Pereira, L.F.,&Friesen, T. T. (2011).Application of InteranationalClassification Disability and Health (ICF) in indiviudals with spinal corenjury .*Arq. Neuro – Psiquiatr*, 69(3), 513-518. doi: <Http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2011000400020>.
- Vasconcelos, N. A. (1999). Homossexualidade feminina. In *O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde* / organizador Marcos Ribeiro – Editora Gente: Cores – Centro de Orientação e Educação Sexual, 1999. São Paulo
- Vash, C. L. (1988) Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia e a reabilitação. (Tradução de Geraldo José de Paiva, Maria Salete Fabio Aranha e Carmem Leite Ribeiro Bueno). Pioneira, (Coleção Novos Umbriais) São Paulo.
- Vieira, K. F. L. (2012). *Avaliação da sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões sociais*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Vinuto, J. (2014) A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debat aberto. *TematicasCampinas*,22(44), 203 - 229. Recuperado em: <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>.
- Ziliotto, G.C.,&Marcolan, J. F.(2013). Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre a sexualidade de portadores de transtorno mentais. *Acta Paul. Enferm*,26(1), 86-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100014>.
- Weeks, J. (2007). *O corpo e a sexualidade*. In Weeks, Jeffrey. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. (2ª Ed.). Autêntica. Belo Horizonte.

ANEXO 01

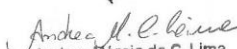


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 22/10/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PARAPLÉGIA: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”**, do pesquisador José Andrade Costa Filho. Prot. nº 0134/15. CAAE: 42986815.4.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre sexualidade e representação social – um estudo com pessoas portadoras de lesão medular e está sendo desenvolvida pelo pesquisador José Andrade Costa Filho, aluno da Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho.

O objetivo geral do estudo é apreender as representações sociais por pessoas portadoras de lesão medular acerca da sexualidade, na cidade de João Pessoa-PB. Seus objetivos específicos são: Detectar as dificuldades encontradas pelas pessoas com lesão medular na construção da sua sexualidade; Contextualizar a realidade das pessoas portadoras de lesão medular na sociedade atual com relação a sua sexualidade; Identificar o olhar dos profissionais de saúde com relação a sexualidade de pessoas portadoras de lesão medular; Comparar a representação social de homens e mulheres com lesão medular acerca da sexualidade além da visão dos profissionais.

A finalidade deste trabalho é contribuir para: a) a incorporação, no espaço da produção científica internacional e nacional, sobre a sexualidade de pessoas portadora de lesão medular; b) elaborar conhecimentos que poderão ser utilizados na construção de Políticas Públicas que melhorem a qualidade de vida das pessoas portadoras de lesão medular; c) contribuir para uma melhor auto-estima dos portadores de lesão, consequentemente um melhor exercício da sua cidadania.

Desta forma, solicitamos a sua colaboração para fornecer informações e responder a partir de uma entrevista semi-estruturada. Além disso, será utilizado a técnica de associação livre de palavras, *que segundo Nóbrega e Coutinho (2011), trata-se de uma técnica projetiva, que visa identificar as dimensões latentes nas representações sociais, através da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa, através desta técnica os conteúdos latentes e não filtrados pela censura tornam salientes, os termos indutores, devem ser previamente definidos em função do objeto a ser pesquisado. Os estímulos se referem diretamente ao objeto investigado, podendo ser verbal, (palavra, expressão, idéia, frase, provérbio) não verbal ou icônico (figura, fotografia), além dos tipos como matéria de vídeo (filme, publicidade) e matéria sonora (música ou um som), levando em consideração as características da amostra ou sujeitos a serem entrevistados.* Assim, espera-se contar com sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde como também publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Além do mais os pesquisadores estarão atentos a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde quando o mesmo aponta nesta Resolução que deve-se observar seguintes:

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico; Considerando o progresso da ciência e da

tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações; Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizadas em todas as áreas do conhecimento humano; Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano; Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

O referido estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS / UFPB da Universidade Federal da Paraíba, localizado no seguinte endereço:

Universitário S/N -
Bairro Castelo Branco – CEP – 58.051. 900
João Pessoa - Paraíba
Telefone – 83 – 3216- 7791
Fax – 83 – 3216- 7791
Email – eticaccs@ccs.ufpb.br

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Espaço para impressão

Dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisador: José Andrade Costa Filho; Endereço: Campus Universitário, S/N, CEP: 58051-900, João Pessoa, PB; Telefone: (83) 8812 – 1710; Email – joacofi@uol.com.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO 03

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA

O QUE É SEXO PARA VOCE?

O QUE É SEXUALIDADE ?

PARA VOCE EXISTE DIFERENÇA ENTRE SEXO E SEXUALIDADE ?POR QUE?

VOCÊ ENCONTRA DIFICULDADE NO SEU RELACIONAMENTO SEXUAL ?

QUAIS ?

COMO VOCÊ REAGE A ESSA OU ESSAS DIFICULDADES?

FALEO QUE VOCÊ ACHA DA SEXUALIDADE NA VIDA DE UMA PESSOA

ANEXO 04

TECNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRA

Esta é uma pesquisa sobre “ Sexualidade no contexto da paraplegia : um estudo das representações sociais ! que tem como finalidade contribuir para uma melhor compreensão da sexualidade da pessoas paraplégica e conseqüentemente contribuir para uma melhor qualidade de vida das mesma, neste sentido, solicitamos a sua participação e desde já agradecemos.

Por favor, escreva as primeiras palavras que vierem a sua mente a partir dos estímulos escritos abaixo;

Sexualidade

Paraplegia

Eu mesmo

ANEXO 05

QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

1 – IDADE

2- SEXO () FEMININO () MASCULINO

3 -OCUPAÇÃO:

1 -() Desempregado

2 -()Empregado

3 -()Recebe auxilio doença

4 -()Desempregado sem auxilio doença

4- NIVEL DE ESCOLARIDADE

1 - () Ensino Fundamental

2 - () Ensino Médio

3 -()Ensino Superior

5 ESTADO CIVIL ATUAL

LESÃO

ESTADO CIVIL ANTES DA

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1- () Solteiro | 1 - () Solteiro |
| 2 -() Casado | 2 - () Casado |
| 3 -() Namorando | 3 - () Namorando |
| 4 -() Separado / Divorciado | 4 - () Separado / Divorciado |
| 5- () União estável | 5 - () União estável |
| 6 -() Viúvo | 6 - () Viúvo |

5. RELIGIÃO

- 1 -() Católica
- 2 - () Espírita
- 3 -() Evangélica / Protestante
- 4 - () Ateu
- 5 -() Outras

6 ETIOLOGIA (CAUSA) DA LESÃO MEDULAR

- 1 - () Acidente automobilístico
- 2 - () Arma de fogo
- 3 -() Arma branca
- 4 -() Queda
- 5 -() Mergulho em águas rasa
- 6 - () Esporte
- 7 -() Outras

7-TEMPO DE LESÃO

- 1 - () menos de 1 ano
- 2 - () De 1 a 3 anos
- 3 - () De 3 a 5 anos
- 4 - () Mais de 5 anos

8- NIVEL NEUROLÓGICO DAS LESÃO MEDULAR

- 1 - () Cervical
- 2 - () Torácica
- 3 - () Lombar
- 4 () Sacral

9-COM RELAÇÃO À SEXUALIDADE VOCÊ SE CONSIDERA :

- 1 - () Conservador
- 2 - () Liberal
- 3 - () Moderado
- 4 - () Oprimido

ANEXO 06

QUESTIONARIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1 - IDADE:

2 - SEXO:

3 - FORMAÇÃO:

4 - TEMPO DE FORMAÇÃO:

5 - LOCAL DE TRABALHO:

() REDE PUBLICA

() REDE PRIVADA

6 - ATENDE PESSOAS COM PARAPLEGIA:

() SIM

() NÃO

7 - PARA VOCE SEXO É:

() ESTA RELACIONADO AS RELAÇÕES SEXUAIS

() CONJUNTO DE CARACTERISTICAS QUE PERMITE DISTINGUI EM CADA ESPECIE MACHOS E FEMEAS

() ESTÁ RELACIONADO A PRESERVAÇÃO DA ESPÉCIE

() ESTA RELACIONADO A QUESTÕES BIOLÓGICAS

() É DETERMINADO PELO MEIO SOCIAL

8 - PARA VOCE O QUE É SEXUALIDADE:

() ESTA RELACIONADO AO SEXO

() É BEM MAIS AMPLO QUE SEXO POIS ENVOLVE A INTERGRAÇÃO DE SENTIMENTOS, NECESSIDADES, DESEJOS, ATITUDES, COMPORTAMENTOS, ETC

() SEXUALIDADE É CONSTRUÍDA SOCIALMENTE

() ESTA REALCIONADO A QUESTÃO BIOLÓGICA

9 - VOCÊ FALA DE SEXUALIDADE COM OS SEUS PACIENTES

() SIM () NÃO

10 - NO CASO DE “NÃO “ POR QUE VOCÊ NÃO FALA?