

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NUM PACIENTE COM LESÃO
VÉRTEBRO-MEDULAR – ESTUDO DE CASO**

Susana Maria da Gama Lourenço

10864

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NUM PACIENTE COM LESÃO
VÉRTEBRO-MEDULAR – ESTUDO DE CASO

Susana Maria da Gama Lourenço

Dissertação orientada por Professor Doutor Rui Aragão Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NUM PACIENTE COM LESÃO
VÉRTEBRO-MEDULAR – ESTUDO DE CASO

Susana Maria da Gama Lourenço

Dissertação orientada por Professor Doutor Rui Aragão Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Rui Aragão Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

O processo que tem por base a realização de uma investigação envolve a recolha e análise de todo um conjunto de informação que se vai obtendo ao longo do tempo. Para tal, contribui não só o trabalho e esforço do investigador, como também o de todos os que o rodeiam e contribuem para a sua realização. Para mim, é difícil encontrar as palavras adequadas que melhor caracterizam a complexidade de sentimentos e sensações que atravessam o meu espírito, ao longo da elaboração desta tese a que dediquei múltiplas horas do meu esforço e investigação. Devo, porém, expressar o meu agradecimento sentido e sincero a todos aqueles que, de uma maneira directa ou indirecta, contribuíram para a sua realização.

Começo por agradecer ao Prof. Doutor Rui Aragão, orientador desta tese de Dissertação de Mestrado, pelo interesse, dedicação, sabedoria e ensinamento que, ao longo deste ano, me foi inculcando pelas suas palavras imbuídas de sapiência e por ter acreditado em mim e no produto final deste projecto.

Ao Mestre João Galhordas, psicólogo do serviço de Reabilitação do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, dedico uma palavra de agradecimento por me ter despertado o gosto e a curiosidade constantes por este tipo de lesão, as L.V.M., e pela ajuda que disponibilizou ao longo de mais um ano.

Gostaria também de agradecer à Dra. Filipa Faria, a possibilidade de realizar este estudo no Centro de Alcoitão.

Não posso, no entanto, esquecer a dedicação e a entrega total do P., pois sem ele e sem a veracidade do seu testemunho não seria possível a concretização desta investigação.

Por fim, e sem retirar qualquer mérito e importância, gostaria de endereçar uma palavra final de sincero agradecimento aos meus pais, à minha irmã Cristina, em particular, pelo tempo e ajuda que me dedicou, e ainda ao Manu e à Andreia. A todos eles agradeço por mais um ano de paciência, dedicação e por me terem transmitido calma e tranquilidade, de modo a tornarem possível a conclusão deste estudo.

Resumo

A presente investigação tem por finalidade melhorar a compreensão da vivência sexual sentida por um adulto com Lesão Vértebro-Medular (L.V.M.). Com este estudo pretendemos reflectir sobre a forma como são vivenciados os problemas emocionais e afectivos, vividos por adultos com Lesão Vértebro-Medular. Para tal, estabeleceram-se os seguintes objectivos: perceber de que forma é vivida a relação com o outro, tendo em conta a L.V.M. e compreender de que maneira é organizada toda a vida do sujeito, após a lesão adquirida.

No projecto de investigação, participou um sujeito com lesão há sete meses e que se encontrava em internamento no Centro de Alcoitão há cerca de três meses.

O instrumento utilizado foi a Escala de Diagnóstico Psicanalítico, que nos permite esclarecer a realidade psíquica do paciente, quer no que diz respeito à estrutura do seu Eu, à natureza das identificações projectivas, quer ao nível estrutural das defesas usadas frente à ansiedade persecutória, bem como à qualidade das suas ansiedades depressivas. Por outro lado, foi também aplicada parte do questionário de Bruce Thomason, “Marital Adjustment Check – List for the Disabled”, versão traduzida para Português (Questionário de Ajustamento Conjugal para pessoas com Deficiência Adquirida; Oliveira, Tenreiro, Paixão, Tenreiro, Lains & André, 1998). No entanto, não foi possível utilizar esse questionário na íntegra, visto a amostra da minha investigação se tratar de um sujeito desligado de qualquer relacionamento conjugal, o que, no questionário em questão, não é discutido, pois a população a quem esse questionário se dirige trata-se de pessoas com um relacionamento conjugal. Pretendeu-se com a aplicação deste questionário analisar áreas da sexualidade como satisfação e comportamento, sentimentos e problemas sexuais.

A temática da Sexualidade é, portanto, um assunto de grande importância para a população com L.V.M., considerando-se uma patologia com diversas implicações na esfera sexual.

Palavras-chave: Incapacidade Física, Lesão Vértebro-Medular, Sexualidade, Escala Psicanalítica.

Abstract

This research aims to get a finest understanding of the sexual experiencing lived by an adult with a Spinal Cord Injury (S. C. I.). With this study, we pretend to think about the way how the emotional and affective problems are experienced by adults suffering a Spinal Cord Injury. With such a purpose we set the following goals: to understand how the relation with the other is lived, considering the S. C. I. and to comprehend how the whole life of the subject is organized, after the acquired injury.

In this research project we had the participation of one subject suffering this kind of injury from seven months on and in-patient at Centro de Alcoitão from three months on.

The instrument that has been used was the Psychoanalytical Scale of Diagnosis which allows to enlighten the psychic reality of the patient, both respecting the structure of the Self, the nature of the projective identifications, the structural level of the defences used before the persecutory anxiety, as well as the quality of his/her depressive anxieties. It was also applied part of Bruce Thomason's questionnaire, "Marital Adjustment Check – List for the Disabled", the Portuguese version (Questionário de Ajustamento Conjugal para Pessoas com Deficiência Adquirida; Oliveira, Tenreiro, Paixão, Tenreiro, Lains & André, 1998). However, it was not possible to apply this questionnaire integrally because the sample of this research was a subject with no marital relationship, situation that is not discussed in this questionnaire that is addressed to people with a marital relationship. With the application of this questionnaire we wanted to analyse some areas of the sexuality, such as satisfaction and behaviour, feelings and sexual problems.

The topic of Sexuality is a very important matter to people with S. C. I., being regarded as pathology with several implications on the sexual sphere.

Key-words: Physical Disability, Spinal Cord Injury, Sexuality, Psychoanalytical Scale.

Índice

Introdução	1
PARTE I – Revisão de literatura.	3
Capítulo I – Incapacidade Física.....	3
História, conceito e classificação.....	3
Capítulo II – Lesão Vértebro-Medular.....	6
Descrição, nível e extensão da lesão	6
Etiologia	8
Tratamento e complicações médicas.....	8
Complicações secundárias	9
• Alterações nas funções genitais	9
• Dor	10
• Complicações Psicológicas	11
Adaptação Psicológica	12
Intervenções Psicológicas na doença crónica	14
Capítulo III – Sexualidade	16
Conceito	16
• Desejo sexual	18
Sexualidade na Incapacidade Física	19
• Sexualidade no Lesado Medular.....	20
Adaptação e reabilitação sexual após lesão	22
Compreensão Psicodinâmica da Sexualidade num paciente com L.V.M.....	24
PARTE II – Investigação Empírica	26
Capítulo IV – Conceptualização da Investigação Empírica	26
Formulação do Problema	26
Objectivos do estudo	26
Capítulo V – O Método	28
Tipo de estudo	28
Delineamento	29
Procedimento	29
Participantes	31
Instrumento	31
Capítulo VI – Resumo do Caso	34

Caso Clínico.....	34
Capítulo VII – Resultados	40
Análise da Escala de Diagnóstico Psicanalítico.....	40
Conclusão do caso P.....	45
Análise do Questionário	48
Reflexão do questionário	52
PARTE III – Considerações finais.....	54
Limitações do estudo e propostas de investigação futuras	55
Referências Bibliográficas	56
Anexos.....	61

Lista de Abreviaturas

O.M.S.	-	Organização Mundial de Saúde
L.V.M.	-	Lesão Vértebro-Medular
S.N.C.	-	Sistema Nervoso Central
S.N.P.	-	Sistema Nervoso Periférico
C.M.R.A.	-	Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão

Lista de Anexos

- Anexo A - Fig. 1- Coluna Vertebral e Espinal-medula
- Anexo B - Projecto do estudo
- Anexo C - Pedido de autorização ao Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão
- Anexo D - Documento entregue pelo Dr. João à Dra. Filipa
- Anexo E - Declaração da frequência no Mestrado Integrado
- Anexo F - Consentimento Informado entregue ao paciente
- Anexo G - Guião da entrevista a efectuar
- Anexo H - Entrevistas transcritas
- Anexo I - Avaliação da Escala Diagnóstico
- Anexo J - Questionário aplicado

Introdução

“Se se define o ser humano pela experiência, ou seja, pela sua maneira própria de representar o mundo...um ser humano sem sistema sexual é tão incompreensível quanto um ser humano sem pensamento.

Há osmose entre sexualidade e existência.

A sexualidade é todo o nosso ser.”

(Merleau Ponty, 1975)

Ao longo dos tempos, a questão sobre a Sexualidade tem vindo a ser desenvolvida, a par e passo, com uma sociedade que, por sua vez, fomenta a discussão sobre esse tema. Ainda assim, a Sexualidade e a Deficiência são conceitos considerados tabu na nossa sociedade e, por essa mesma razão, a sua abordagem é feita de uma forma pouco aberta e com alguns preconceitos e restrições. Existe ainda o mito de se pensar que a sexualidade, na deficiência, não existe; no entanto, o sujeito com deficiência é um ser sexuado, com desejos, sentimentos, cognições, emoções e necessidades, tal como qualquer outra pessoa sem deficiência. Para que mitos como este deixem de existir, é importante estar consciente de que a sexualidade é um fenómeno humano peculiar, que toma a sua feição própria, porque existem nos seres humanos fenómenos psicológicos fundamentais, uns básicos, outros mais complexos, que estão na génese, na manutenção e na perpetuação dos comportamentos de natureza sexual. São as capacidades de pensar, de viver sensações e sentimentos que fazem do homem uma entidade única no conjunto dos seres de criação. (Palha, 2003)

Têm sido realizados, em Portugal, trabalhos sobre a Sexualidade e a Deficiência Mental, mas o campo da Sexualidade na Incapacidade Adquirida continua ainda por desbravar. Não nos podemos esquecer que a sexualidade tem um peso muito forte na nossa sociedade, permitindo-nos sentir a nossa masculinidade ou feminilidade, o que faz com que sofrer alterações na função sexual, de um momento para o outro, deva ser algo, no mínimo, de difícil absorção e aceitação.

Tendo em conta haver poucos trabalhos sobre esta problemática, a realização desta tese tem como principal intuito desenvolver um estudo sobre a difícil questão da Sexualidade, problemática ainda poucas vezes discutida nas sociedades actuais, pretendendo esta

investigação constituir-se como uma revisão acerca das problemáticas da Sexualidade em adultos com L.V.M.

Este estudo pretende debruçar-se sobre a problemática da sexualidade, vivenciada por um adulto com lesão Vértebro-Medular, de forma a conseguir perceber-se como vivem a sua sexualidade após a lesão adquirida.

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos distintos, mas inter-relacionados.

No primeiro capítulo, será abordado o conceito da Incapacidade Física, no qual se fará um breve enquadramento histórico sobre a Deficiência.

O segundo capítulo será dedicado à Lesão Vértebro-Medular, onde será feita uma breve abordagem sobre a patologia em causa (descrição da lesão, causas e etiologia, tratamentos e complicações secundárias e psicológicas) e, no fim do capítulo, tratar-se-á da questão relativa à adaptação psicológica à lesão, bem como à doença crónica.

Por último, o terceiro capítulo incidirá sobre a Sexualidade nas Lesões Vértebro-Medulares. Procurámos, inicialmente, centrar-me sobre o conceito de Sexualidade; de seguida debater-se-á a questão fundamental da Sexualidade na lesão Vértebro-Medular.

Uma outra parte constituinte do trabalho consistirá na construção da Metodologia, onde serão expostos os objectivos do trabalho, a descrição da amostra e o instrumento utilizado.

Para concluir, será apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos para, posteriormente, se proceder à conclusão do estudo, onde se fará ainda a reflexão no âmbito da problemática em análise. Serão também apresentadas as limitações deste estudo e ainda a possibilidade de serem levantadas questões pertinentes, relacionadas com o objecto deste estudo, para futuras investigações.

PARTE I – Revisão de Literatura

Nos capítulos que se seguem serão enunciados os aspectos mais pertinentes presentes na literatura que se relacionam com o problema em estudo.

Capítulo I – Deficiência Física

História, conceito e classificação

De acordo com as nomenclaturas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a deficiência física é compreendida como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função fisiológica, anatômica ou psicológica e, como consequência da deficiência poderá haver lugar para o aparecimento de incapacidade, isto é, restrições, totais ou parciais para realizar uma actividade dentro dos limites considerados normais para o ser humano. (Cardoso, 2004)

Parafraseando Jorge Cardoso (2004), “deficiência física é o nome dado à caracterização dos problemas que ocorrem no cérebro ou sistema locomotor, e que levam a um mau funcionamento ou paralisia dos membros inferiores e/ou superiores”.

A deficiência física pode ter variadas etiologias, dentro das quais os factores genéticos, virais ou bacterianos, e os factores neonatais, ou traumáticos, como é o caso dos medulares. São diversos os tipos de deficiência física, nomeadamente a Lesão cerebral (paralisia cerebral, hemiplegias); a Lesão medular (paraplegias, tetraplegias); Miopias (distrofias musculares); as Patologias degenerativas do sistema nervoso central (esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica); as Lesões nervosas periféricas; as Amputações; as Sequelas de politraumatismos; as Malformações congénitas; os Distúrbios posturais da coluna; as Sequelas de patologias da coluna; os Distúrbios dolorosos da coluna vertebral e das articulações dos membros; as Artropatias; os Reumatismos inflamatórios da coluna e das articulações; as Lesões por esforço repetitivos (L.E.R.) e as Sequelas de queimaduras. (Pacheco, 2004)

Ao longo de todo o percurso histórico constata-se que as pessoas portadoras de deficiência, têm sido desvalorizadas, censuradas e alvo de desconfiança, vendo-se

frequentemente privadas de uma qualidade de vida a que indubitavelmente têm direito. (Jorge Cardoso, 2003)

A I e II Guerras Mundiais, bem como a Industrialização, tiveram grande contributo para um aumento exponencial do número de portadores de deficiência, o que conduziu a uma nova atitude perante esta patologia. As alterações na integridade corporal passaram, então, a ser encaradas como um acontecimento fortuito e catastrófico, desviado das antigas conotações com o castigo divino ou com a visita do demónio. A ideia de culpa individual, que era induzida nos sujeitos com deficiência, deu lugar a uma culpabilidade colectiva, resultante do aparecimento dos “mutilados de guerra”, o que desencadeou um sentimento de responsabilidade e de obrigação moral de reparar o prejuízo sofrido por estes sujeitos. (Cardoso, 2003)

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde teve como grande preocupação o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a deficiência e as consequências daí resultantes, publicando a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap*, adoptada em Portugal com a designação de *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*, que, desde então, tem sido utilizada como instrumento clínico, estatístico, educacional, de investigação e de política social. Com a finalidade de pôr termo às confusões terminológicas e conceptuais verificadas nesta área, a OMS (1982) definiu três conceitos da seguinte forma:

- Deficiência – qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica;
- Incapacidade – qualquer restrição ou falta de capacidade, resultante de uma deficiência, para realizar uma actividade dentro dos limites considerados normais para um ser humano;
- Desvantagem / *Handicap* – desvantagem sofrida por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais. (Cardoso, 2006)

É de referir que os termos “deficiência” e “incapacidade” remetem essencialmente para a natureza individual da problemática da deficiência, estando associados à sua classificação médico-funcional, mas que, por sua vez, o termo “desvantagem/handicap” remete para o campo dos obstáculos sociais, culturais, económicos e políticos com que se deparam muitos dos portadores de deficiência na sua ampla integração.

A OMS (1980) estima ainda que, em tempos de paz, 10% da população de países desenvolvidos são constituídos por pessoas com algum tipo de deficiência. Para os países em vias de desenvolvimento estima-se, entre 12 a 15%, a presença de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência. Destes últimos, 20% seriam portadores de deficiência física. Considerando-se o total dos portadores de qualquer deficiência, apenas 2% deles recebem atendimento especializado, público ou privado. (Ministério da Saúde)

Parafrazeando Cardoso (2006), “O conceito de *handicap*, que foi equiparado, na tradução portuguesa, ao termo *desvantagem*, é entendido como uma “condição social de prejuízo”.

Citando João Galhordas,

à luz do modelo psicodinâmico, todo o estado de handicap envolve respostas psíquicas que dificilmente se podem descrever como estereotipadas. A diversidade de respostas deve-se ao facto do handicap se instalar sobre um tipo de personalidade cuja maturação e organização interna diferem sempre de indivíduo para indivíduo, nomeadamente em função da idade. Assim, o handicap inscreve-se numa história pessoal e única, podendo tomar um sentido específico devido à mesma (Barat & Pierre, 1998). Por outras palavras, a adaptação à incapacidade constitui-se como um processo altamente individualizado, em que a gravidade da incapacidade não se assume como um factor que influencie a adaptação do indivíduo, pois a percepção da gravidade varia de pessoa para pessoa”. (Martin & Gandy, 1990)

Capítulo II – Lesão Vértebro-Medular

Descrição, nível e extensão da lesão.

Quando se fala de Lesão Vértebro-Medular, é importante referir que esta pode assumir diferentes especificidades conforme o nível, a extensão e a reversibilidade/irreversibilidade da lesão.

A coluna vertebral é constituída essencialmente por vértebras de formato discóide que estão sobrepostas de forma regular e unidas por ligamentos. Esta estrutura óssea, com um comprimento que varia entre os 70 e 75 centímetros, no homem, e entre os 60 e os 65 centímetros, na mulher, encontra-se situada na linha central da região posterior do tronco e tem como principal função a protecção da medula espinal.

Um aspecto interessante do organismo humano tem que ver com a multiplicidade de funções que aquele é capaz de realizar em simultâneo, bem como todo o potencial de adaptação à variabilidade das situações com que se confronta, dependendo da eficácia e da versatilidade dos processos reguladores assistidos pelo sistema nervoso. É, então, importante enredar algumas considerações sobre o complexo sistema em que a espinal-medula se encontra inserida, nomeadamente o sistema nervoso, o qual actua de forma integrada. No entanto, é unanimemente aceite a distinção entre Sistema Nervoso Central (SNC), formado pelo encéfalo e espinal-medula, e Sistema Nervoso Periférico (SNP), formado por fibras nervosas que estabelecem a ligação entre o SNC e o resto do corpo. Essas fibras nervosas tomam o nome de *aférentes*, quando transportam as informações emitidas pelo SNC para os órgãos efectores, ou *sensitivas*, quando conduzem ao SNC as informações de estímulos do meio interno e externo, recolhidas pelos órgãos receptores. (Guyton, 1988)

O Sistema Nervoso Central encontra-se dividido em três grandes regiões: o córtex cerebral, responsável pelas funções mais evoluídas e complexas do ser humano e onde se encontram as áreas sensitivas, motoras e de associação, que, por sua vez, estão envolvidas na interpretação sensorial, organização e iniciação das respostas, e na tomada de decisão (Correia, Espanha & Armada da Silva, 1999); o tronco cerebral, que funciona como via de comunicação entre a medula e o encéfalo, apresentando capacidades de processamento informativo [o cerebelo tem como acção mais significativa o controlo motor; o tálamo funciona como centro retransmissor de informação entre os vários segmentos do SNC, o hipotálamo exerce controlo sobre a actividade visceral e, por fim, os núcleos cinzentos da

base, que estão associados às funções motoras, com especial preponderância na definição da intensidade das contracções musculares (Correia & Melo, 1999)]; e, por último, a espinal-medula, responsável pela forma mais simples e rápida de resposta a um estímulo.

A espinal-medula é uma porção alongada do sistema nervoso central e situa-se na região posterior do tronco, sendo constituída por 33 vértebras sobrepostas, unidas por discos intervertebrais e ligamentos. Tem como função sustentar os ossos do crânio, da bacia, das costelas, e serve de protecção à medula espinal. A espinal-medula está classicamente dividida em quatro regiões: cervical, constituída por sete vértebras, que corresponde ao pescoço; dorsal, constituída por doze vértebras, que corresponde à região do tórax; lombar, constituída por cinco vértebras, que corresponde à região do abdómen; e sacro-coccígea, constituída por cinco vértebras sagradas e quatro ou cinco vértebras coccígeas, que corresponde à região da bacia (Anexo A). O papel principal da espinal-medula é assegurar uma rede de comunicações entre o cérebro e as restantes partes do corpo. (Glass, 1999)

Para nos referirmos à especificidade da lesão Vértebro-Medular, devemos ter em conta o nível e a extensão da mesma. Entende-se por nível de lesão o nível funcional da perda motora e sensitiva, tendo em consideração a distribuição dermatómica, ou seja, a parte do corpo que corresponde à enervação efectuada por cada raiz nervosa que emerge da medula. Assim, uma secção medular a nível cervical originará uma tetraplegia, ou seja, uma paralisia dos membros inferiores, superiores e tronco. Por sua vez, uma secção medular a nível dorsal ou lombar originará uma paraplegia, que se caracteriza por uma paralisia dos membros inferiores e, eventualmente, do tronco. Verifica-se, no entanto, que, dependendo do nível vertebral do traumatismo, ocorre uma diversidade funcional que vai desde a proximidade com o padrão normal à paralisia quase total. (Cardoso, 2000) A lesão Vértebro-Medular pode ainda ser caracterizada quanto à sua extensão. Deste modo, uma lesão transversal da medula pode ser completa, dando origem a uma paralisia total e anestesia de toda a área afectada, ou incompleta, originando uma parésia, mais ou menos acentuada, e problemas de sensibilidade mais ou menos evidentes. (Cardoso, 2000)

Entende-se por tetraplegia a perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da espinal medula causada pela destruição de elementos neurais dentro do canal medular, que, por sua vez, desencadeia uma alteração da função nos membros superiores e inferiores, bem como no tronco e órgãos pélvicos.

No que diz respeito à paraplegia, esta é definida como a perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos torácicos, lombares ou sagrados da medula espinal, em virtude da destruição de elementos neurais no interior do canal medular. Na paraplegia, a

função dos membros superiores mantém-se íntegra, mas é preciso ter em conta que, dependendo do nível da lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem estar funcionalmente comprometidos. (Cardoso, 2006)

Etiologia

As lesões Vértebro-Medulares podem decorrer como consequência de mecanismos traumáticos, desencadeados por forças de impacto a grande velocidade. Para exemplificar esta situação temos os acidentes de viação e de trabalho, acidentes com armas de fogo, quedas e lesões desportivas (Oliveira, 2001), ou mesmo mecanismos não traumáticos, resultantes do comprometimento circulatório (embolia, trombose, hemorragia), neoplasmas, doenças desmielinizantes (esclerose múltipla), malformações congénitas e paralisia histérica (com motivação consciente ou inconsciente, podendo resultar de um quadro clínico de perda de movimentos voluntários normais, semelhantes ao expresso por uma lesão medular). (Schneider, 1994)

Tratamento e complicações médicas

O tratamento inicial de uma L.V.M. consiste na descompensação medular e estabilização óssea do corpo vertebral, que poderá envolver métodos cirúrgicos.

Ao longo do período de choque medular, é fundamental evitar a instalação de complicações inerentes ao doente acamado. Logo que a consolidação da fractura o permita, inicia-se a fase dinâmica de reabilitação, para que o indivíduo possa atingir o nível máximo de funcionalidade e autonomia. (Cardoso, 1995/96)

Algumas complicações das L.V.M. são denominadas por úlceras de pressão (alterações cutâneas que surgem por pressão exercida pelo peso, durante algumas horas, na mesma região, levando as pessoas a passarem muito tempo acamadas), infecções urinárias (surgem devido à algaliação necessária para o esvaziamento da bexiga, mas que envolve o risco de arrastar bactérias para dentro daquela), problemas cardíacos (surgem devido à diminuição de actividade física em doentes de cadeira de rodas e acamados), a espasticidade (movimentos involuntários por parte dos músculos, que resultam de alterações da enervação e que são desconfortáveis ou mesmo dolorosos), as contraturas articulares (devem-se à perda de

elasticidade dos tecidos articulares, provocada pela falta de movimento) e problemas ao nível da função sexual (surgem complicações como limitação da sensibilidade nos órgãos sexuais e dificuldades de erecção e ejaculação). (Misericórdia, 1991)

Complicações secundárias

- Alterações nas funções genitais

Segundo Pope (1992 cit por Cardoso 2006), uma complicação secundária diz respeito a “um estado de saúde físico ou mental adicional que está causalmente relacionado com uma condição incapacitante primária”.

A interrupção da condutibilidade dos estímulos provocada pelo dano medular faz com que, abaixo do nível da lesão, o organismo deixe de possuir a normal capacidade de defesa a diversas circunstâncias.

As complicações secundárias resultantes de uma LVM podem passar para complicações cutâneas (a paralisia muscular e as alterações dos diferentes tipos de sensibilidade conduzem a uma diminuição da resistência da pele e dos tecidos subjacentes, originando o aparecimento de escaras ou úlceras de pressão), complicações respiratórias (o nível da lesão é o principal factor que determina as alterações do sistema respiratório, o que condiciona as eficácias musculares na coordenação e no rendimento da capacidade ventilatória), complicações urológicas [a bexiga é uma estrutura cujo funcionamento faz parte de um processo reflexo e complexo; na micção normal, existe o equilíbrio entre os mecanismos expulsivos e retentivos, evitando a presença de urina residual após o esvaziamento vesical (Freed, 1984, citado por Cardoso, 2006)], complicações cardiovasculares [a L.V.M. pode alterar a fisiologia cardíaca. Quando um indivíduo com este tipo de lesão exercita as suas restantes capacidades motoras, ocorre um aumento da frequência cardíaca e da capacidade de oxigénio, como em qualquer pessoa. A motricidade diminuída pode contribuir para baixar o nível de colesterol de lipoproteínas de alta densidade, fazendo aumentar o risco de doença cardiovascular (Stass et al., 1998 citado por Cardoso, 2006)], disreflexia autónoma [trata-se de uma afecção exclusiva de adultos com lesão medular igual ou superior a D6, caracterizada por cefaleias e hipertensão, que podem também ser sintomas de congestão nasal, taquicardia ou braquicardia, sudorese e rubor facial associados. Isto resulta de uma disrupção nas influências sinápticas dos neurónios simpáticos pré-ganglionares, o que conduz a respostas maciças e inapropriadas

do sistema nervoso autónomo, sem controlo por parte dos centros superiores (Faria, Carvalho, Condeça, Lourenço, &, 2001 citados por Cardoso, 2006)], complicações gastrointestinais (estas, quando comparadas com as outras complicações, são consideradas as menos graves, embora sejam ainda mal compreendidas. (Weingarden, 1992 citado por Cardoso, 2006) O nível e a extensão da lesão condicionam o grau de deterioração do sistema nervoso autónomo), alterações nas funções genitais e ainda a dor e complicações psicológicas.

As alterações sexuais não são as principais preocupações das pessoas com L.V.M., passando o sujeito, numa primeira fase, por um processo de aceitação e consciencialização da lesão, demonstrando, apenas, numa fase posterior, interesse e preocupação com as consequências que advêm da lesão.

A verdade é que as lesões medulares afectam, na maior parte dos casos, as funções genitais. Alguns estudos realizados por White (1997, citado por Henriques, 2004, p. 102) indicam como principais alterações fisicopatológicas da sexualidade, nas pessoas do sexo masculino, as dificuldades de erecção, a ejaculação e a capacidade de orgasmo. Normalmente não se verificam problemas de fertilidade, embora esta possa vir a ser uma consequência, tendo em conta a possibilidade de ocorrer uma diminuição a nível da espermatogénese.

- Dor

No que se refere à dor, o autor Stass (1992), diz-nos que, geralmente, aparece seis meses após a lesão, evoluindo tendencialmente para a cronicidade. Os mecanismos da sua manifestação estão directamente associados às perturbações neurológicas provocadas pela lesão, particularmente ao aumento da excitação neuronal resultante das alterações no controlo inibitório. (Siddall & Loeser, 2001)

Não existe um sistema específico para classificar os diferentes tipos e graus de dor pós-LVM. Donovan (1992, cit por Stass et al., 1992) faz referência a cinco formas de exposição: dor central ou difusa, radicular ou segmentar, víscera, músculo-esquelética e psicogénica. Mais tarde, surge o aparecimento da dor mecânica, dor localizada no local da lesão; dor radicular, que está associada a lesões nervosas periféricas; dor disestética, descrita como uma sensação difusa de ardor ou picada, abaixo do nível lesional.

Vários autores, como Siddall e Loeser (2001), analisaram a existência ou não de uma relação entre a depressão e a dor. Das avaliações realizadas no início da reabilitação dinâmica e no momento da alta, concluiu-se que a dor e a depressão, que inicialmente não estavam

significativamente correlacionadas, passavam a estar na altura do abandono hospitalar. A presença da dor condiciona mais rapidamente o humor depressivo do que o contrário; a redução da dor é provavelmente interpretada como uma melhoria do estado físico, o que leva à criação de expectativas optimistas de recuperação, com reflexos sobre a diminuição da sintomatologia depressiva.

A alta prevalência da dor dita que as equipas terapêuticas devem prestar a este aspecto a mesma atenção que a outras complicações, possivelmente mais objectivas. (Cardoso, 2006)

- Complicações Psicológicas

Como nos diz Scivoletto (1997, citado por Henriques, 2004), as complicações psicológicas que advêm deste tipo de lesão dependem de variados factores, nomeadamente das alterações urinárias, do funcionamento sexual, da dor, do estatuto social e profissional, e da diminuição das expectativas futuras, surgindo a depressão como consequência dessas complicações.

A depressão é talvez o problema psicológico mais referenciado na bibliografia, surgindo nos primeiros meses, na fase aguda, sendo decorrente da perda de capacidades físicas (Glass, 1999). Associados à depressão estão frequentemente os pensamentos acerca da morte, auto-desvalorização, sintomas de insónia e falta de apetite. A depressão pode evoluir de forma extrema para o suicídio e desrealizações (Queiroz, sem data), sendo uma reacção normal à chamada “perda”. Os níveis de depressão diminuem substancialmente com o passar do tempo. A depressão é, muitas vezes, vivida como uma situação de infelicidade e tristeza. (Glass, 1997, citado por Henriques, 2004)

É usual a referência a um estado de permanente revolta, quer com a própria situação, quer com as condições e barreiras impostas pelo ambiente. Estas manifestações de revolta, desânimo, desgosto e desespero, merecem especial consideração, pois parecem ser sintomas de alguma infelicidade e de sofrimento, ainda que sejam contidas, escondidas ou mesmo negadas. (Henriques, 2004)

Adaptação Psicológica

Este quadro clínico de lesão Vértebro-Medular inclui-se no quadro das doenças crónicas. Giovannini (1986, cit por Ribeiro 2005) caracteriza as doenças crónicas da seguinte maneira:

todas as doenças de longa duração, que tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, que provocam invalidez em graus variáveis, que exigem formas particulares de reeducação, que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, que normalmente exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida e que necessitam de controlo periódico, de observação e de tratamento regulares.

O autor citado diz-nos ainda que, para além da cronicidade ser uma condição que se prolonga no tempo, é também uma condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidade ou preocupação de ordem social, que fazem da doença crónica uma doença específica diferente das doenças agudas.

Aquando da aquisição de uma doença crónica, a incapacidade adquirida desafia os princípios fundamentais da vida de qualquer pessoa. A doença contextualiza-se individual e socialmente, afectando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação ao meio envolvente. Ora, o indivíduo com L.V.M. vai confrontar-se com uma situação nova, radicalmente diferente, capaz de limitar o seu desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares. (Aragão, 2001)

As especificidades de uma doença crónica, como a LVM, podem distinguir aspectos um pouco diversos, consoante a sua gravidade, prognóstico e grau de invalidez que possam provocar. Por si só, o novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do sujeito. Desta forma, a doença passa a constituir um marco muito importante e determinante na “história pessoal de vida”. (Aragão, 2001)

Giovannini (1986 cit por Ribeiro 2005), em relação a todas estas especificidades de uma doença crónica, salienta cinco áreas problemáticas que caracterizam a experiência subjectiva da doença crónica:

1) O *risco de crise*: comum às doenças crónicas; a capacidade de gerir essa crise deve fazer parte das competências do doente, para que esta não se torne susceptível de conduzir à morte;

2) *A gestão e terapia de estilo de vida renovado*: um dos aspectos mais complexos da doença crónica; por um lado, é necessário seguir o tratamento, por outro, tem de se mudar, por vezes, o estilo de vida e comportamentos habituais;

3) *A reestruturação do tempo*: devido ao rigor que o tratamento impõe, a dimensão tempo tem uma posição privilegiada na vida do doente. Não se pode deixar o tratamento para a hora seguinte nem se pode deixar de tomar a medicação;

4) *O isolamento social*: a gestão da doença impõe regras que nem sempre são compatíveis com a disponibilidade do grupo;

5) *O contexto familiar*: sempre afectado pela doença;

Toda a reabilitação e reorganização da vida de uma pessoa portadora de uma doença crónica, como no caso da existência de uma L.V.M., passa pelo seu corpo (desenvolvimento das possíveis capacidades motoras) e pelo seu estado emocional, a aceitação e os conhecimentos que a pessoa possui para reorganizar a sua nova vida. (Galhordas, J. & Lima, P, 2004) Na mesma linha de pensamento, Oliveira (2000) considera que a problemática psicológica relacionada com a vivência de uma incapacidade física depende sobretudo do indivíduo.

Para Verwoerdt (cit. Cardoso, 1995/96), a adaptação psicológica à doença é um processo dependente da interacção de vários factores: as características da própria lesão, as características do sujeito doente (personalidade, idade, sexo, etc.) e as características da situação (tipo de limitações provocadas pela lesão, condições sociais e familiares).

Jubala & Brenes (1998, ref. por Cardoso, 2000) descrevem que reacções como negação, luto, negação-depressão e raiva, pensamentos autistas, impulsividade, explosividade, frustração, descompensação egóica e formações reactivas são comuns em sujeitos com lesão Vértebro-Medular, bem como alterações ao nível do auto conceito. (Drench, 1992; Ducharme et al., 1992; Lemon, 1993; Schuler, 1982 ref por Cardoso, 2000) e da imagem corporal (De Fazio & Cunningham, 1987; Drench, 1982; Romeo et al., 1993, ref por Cardoso, 2000)

Meuller (1962) descreve vários tipos de reacções iniciais manifestadas por doentes com L.V.M.: situação temporária de depressão, comportamentos de dependência, distorções de pensamento e diferentes respostas à situação de frustração.

Na população com incapacidades físicas adquiridas, as questões de foro narcísico (auto-estima, desvalorização de si) estão presentes, assumindo especial destaque quando falamos de sujeitos com tetraplegia/paraplegia. Estas questões tomam maior relevo quando acontecem na fase da adolescência. Isto deve-se ao facto de a depressão assumir uma componente narcísica,

onde a procura de ajuda não prima pela clareza e espontaneidade, e onde reina um sentimento geral de mal-estar com o mundo. (Oliveira, 2000)

Na fase inicial do tratamento, o doente está dependente dos outros para conseguir ganhar o seu bem-estar físico; assim, é frequente que surjam comportamentos de regressão (respostas infantis) e dependência em relação aos outros e ao ambiente hospitalar, comportamentos esses que não devem ser incentivados, uma vez que um dos objectivos da reabilitação é promover no doente o máximo de autonomia e independência.

Concluindo, “factores como o funcionamento psicodinâmico, aspectos culturais, recursos sociais e materiais, fase do ciclo da vida e história pessoal prévia, são factores mais vulgarmente apontados como capazes de influenciar a experiência de incapacidade”. (Oliveira, 2002, p. 473) É importante não esquecer nunca a especificidade que cada um tem, enquanto pessoa única e irrepetível, bem como o que este sofrimento diz para si e para quem o rodeia.

Intervenções Psicológicas na Doença Crónica

Pedinielli (1999) diz-nos que a intervenção do Psicólogo, através de psicoterapias como estratégias de mediação, é “o conjunto de métodos codificados, sustentados por uma teoria científica e uma validade de resultados, que procuram, através de meios psicológicos, permitir que o sujeito modifique alguns dos seus comportamentos ou pensamentos de uma forma benéfica para ele”. (p.105)

Este autor faz alusão ao aconselhamento e à intervenção na crise como instrumentos de trabalho do psicólogo. O aconselhamento trata-se de uma intervenção que se deve centrar na ajuda do sujeito, para que respeite os seus valores, os seus recursos pessoais e capacidades de decisão. Por sua vez, a intervenção na crise é realizada perante situações breves de grande intensidade emocional do sujeito, com perda de referências por parte do mesmo, procurando soluções imediatas.

Como nos diz Oliveira (2001), “ao terapeuta cabe o difícil trabalho de lidar, em primeiro lugar, com os aspectos contra-transferenciais que alguns sujeitos facilmente despertam e que desencadeiam sentimentos e atitudes inconscientes armadilhantes para o sucesso psicoterapêutico”.

Quando se trabalha a nível de individualidade com pessoas que sofrem de L.V.M., o primeiro aspecto centra-se sobre o trabalho de luto. Oliveira (2001, p. 56) considera que “o

sujeito com deficiências físicas adquiridas vê-se obrigado a fazer luto por si próprio, procurando no entanto uma linha condutora e íntegra da sua identidade – vê-se obrigado a transformar-se para continuar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente”. Considera ainda que o sucesso do trabalho de luto está relacionado, essencialmente, com factores como “a capacidade de funcionamento mental do sujeito”. Este autor refere também que o “grau de deficiência” e a sua “funcionalidade”, embora sejam influentes, não determinam o sucesso ou fracasso deste processo.

Para além disso, é importante abordar a família e toda a rede social, partindo de uma avaliação do seu estado e funcionamento, até ao seu encaminhamento para um acompanhamento psicológico, permitindo, assim, fornecer àqueles apoio, com recurso a especialistas, em aspectos referentes ao emprego, à educação e aos recursos sociais existentes.

Em síntese, como enquadramento deste tipo de estratégia terapêutica, diz-nos Rui Oliveira que se podem destacar alguns aspectos importantes a desenvolver no trabalho com grupos, nomeadamente o isolamento social, uma vez que estes doentes tendem a encerrar-se em circuitos sociais fechados, cortando com os sistemas anteriores de relação e suporte social. Desta forma, o grupo permitirá reabilitar o sujeito, reenquadrando-o na relação social. Um outro aspecto a considerar prende-se com a problemática emocional e com a tipologia das defesas frequentemente usadas por estes pacientes. Ora, no que diz respeito à problemática emocional, esta está mais ligada “à problemática da depressão, angustia e confusão que deve ser elaborada. A elaboração destas emoções segue um caminho muito semelhante ao do luto”. (Oliveira, p.63) Relativamente às defesas, “é frequente que o sentimento depressivo e angustiado se manifeste ou por uma reacção de negação ou minimização da seriedade de uma crise ou por uma sobrevalorização absoluta da deficiência e da incapacidade”. (Oliveira, p.63) Há ainda o aspecto relacionado com as informações: a informação fomenta na família e no paciente um sentimento de partilha, de forma a serem ambos compreendidos e melhor apoiados, o que resulta numa melhoria do ajustamento social. O quarto aspecto remete para o apoio emocional, que “é fundamental para capacitar o sujeito a lidar com as situações stressantes, a desenvolver competências de resolução de problemas e aumentar a auto-estima”. (Oliveira, p.64) Para além dos aspectos apresentados, importa ainda destacar o aspecto respeitante às aprendizagens relacionadas com a doença: “o desenvolvimento das competências, teóricas e práticas, relacionadas com a doença estimula a capacidade de adaptação à situação da incapacidade bem como o aumento da auto-estima”. (Oliveira, 2001, p. 64)

Capítulo III – Sexualidade

“A sexualidade, a mais normal das características humanas, é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes.”

(Craft & Craft, 1982. cit por Félix e Fuertes, 1995)

Conceito

A sexualidade ganha identidade numa construção social, historicamente datada e culturalmente localizada. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1980), “sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde mental”. (Freitas & Pereira 2002)

Segundo Henderson e Jeffrey (1988), “a sexualidade é o complexo de reacções, interpretações, definições, proibições e normas que é criado e mantido por uma dada cultura como resposta ao facto da existência dos dois sexos biológicos”.

Ao longo dos últimos tempos, tem havido uma crescente consciencialização da importância da existência de uma vida sexual saudável para o homem. O termo “sexualidade” tem sofrido alterações ao longo dos tempos, devido à evolução e desenvolvimento de uma sociedade que se encontra em constante mutação. Antes, a definição de sexualidade perspectivava-se segundo o ponto de vista biológico, quando havia a imposição de um pensamento machista e de se fixar o relacionamento sexual no coito, desvalorizando-se todos os aspectos ligados à afectividade. Contudo, é fundamental realçar e valorizar o enamoramento, a exploração mútua, a linguagem corporal, predominantemente táctil, e os olhares, o timbre e o ritmo da voz, os sabores e odores, pois, afinal, tudo isto é exponencial das emoções.

O conceito de “sexualidade” refere-se à totalidade do ser humano e não apenas aos seus genitais. Incorpora todos os componentes físicos, emocionais, intelectuais, o que, deste modo, permite expressar a masculinidade ou feminilidade. A sexualidade é uma expressão da totalidade da personalidade, presente e evidente em todas as situações da vida do indivíduo e,

por isso mesmo, ocupa um papel de destaque na nossa identificação, pois é a sexualidade que nos faz sentir bio-psico-socialmente mulheres ou homens.

Quando se fala em sexualidade, é natural estabelecer-se uma relação entre os conceitos “amor” e “sexo”; no entanto, um não é sinónimo do outro, no contexto actual da sociedade ocidental e no seguimento de todo um conjunto de mudanças históricas, aqueles tendem a estar intimamente ligados, no que diz respeito às relações íntimas de natureza romântica. Deste modo, o sexo assume uma perspectiva relacional, sendo perspectivado no contexto da relação. Para além disso, é o tipo de relação que contextualizará a sua forma de expressão. (Neto, 2000).

Importa referir que, não obstante a natureza biológica do acto sexual, este comportamento humano está fortemente imbuído de significações culturais que determinam e normalizam as suas formas de expressão e satisfação.

Zaplan (2002) apresenta algumas ideias importantes para uma melhor compreensão das origens da sexualidade humana e para fundamentar o próprio conceito, nomeadamente o aparecimento do dimorfismo (dois corpos sexuados que constituem as bases da identidade sexual); o surgimento da motivação, o desejo sexual e busca do prazer sexual; o aparecimento do vínculo afectivo (suporte de segurança básica nas relações interpessoais) e, por fim, a regulação da sexualidade (a partilha de funções, tendo em conta a variável sexo).

A sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras. O que hoje sabemos sobre a sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações feitas a partir de diferentes ciências.

Cardoso (2006) diz-nos que, no início do século XX, Iwan Bloch, ao cunhar o termo Sexologia como ciência da Sexualidade, sugeria desde logo um horizonte amplo e multidisciplinar:

...a consideração puramente médica da vida sexual, embora deva sempre constituir o núcleo da Ciência Sexual é, contudo, incapaz de abarcar devidamente todas as relações entre a sexualidade e os outros aspectos da vida humana. Para fazer justiça à importância global do amor na vida do indivíduo e da sociedade, este ramo particular de investigação deve ser tratado como uma parte da Ciência Geral da Humanidade, que é constituída pela união de todas as outras Ciências – Biologia Geral, Antropologia e Etnologia, Filosofia e Psicologia, História da Literatura e História Completa da Civilização. (Bloch, 1907, citado por Machado Vaz, 1998, p. 7-8)

Apesar da evolução e do crescimento que a sexualidade tem sofrido ao longo dos tempos, esta dimensão da vida humana, ainda se mantém, envolta num manto de secretismo e tabu.

Assim “o que é biologicamente simples” toma-se “psicologicamente complexo”. (Marques, 2000)

Desejo Sexual

O conceito de sexualidade encerra em si mesmo um termo que lhe está subjacente, designadamente o conceito de desejo sexual. Este é entendido como um estímulo ou impulso desencadeado pela activação do sistema neuronal no cérebro, não estando envolvidos os órgãos sexuais. (Kaplan, 1979, cit. por López & Fuentes, 1999) O desejo sexual está dependente de complexos mecanismos neuro-hormonais, nomeadamente a testosterona, que possui um papel crucial, tanto nos homens, como nas mulheres; no entanto, isto não significa que a mulher, pelo facto de possuir uma menor quantidade de testosterona em relação ao homem, apresente um desejo ou apetência sexual inferior. É facto que a mulher é mais sensível a menores quantidades de testosterona, embora o nível de desejo seja equiparável em ambos os sexos, no que diz respeito ao seu desencadeamento fisiológico. (Kolodny, Masters & Johnson, (1979) cit. por López & Fuentes, 1999) Para além deste, existem outros mecanismos neuro-hormonais, como o estradiol, a dopamina e os neurotransmissores.

O desejo sexual é experimentado sob a forma de sensações específicas que levam o indivíduo a procurar ou tornar-se receptivo a experiências sexuais. Tal como todos os impulsos humanos, aquele é condicionado por um duplo mecanismo de orientação: evitamento de dor e busca do prazer. O impulso sexual parece responder em maior escala ao prazer do que à dor. O desejo sexual, por outro lado, deixa de ser evocado se um objecto ou situação sexual se torna doloroso, ou se é percebido como perigoso ou destrutivo.

Quando se fala em desejo sexual num lesado Vértebro-Medular, as perspectivas sofrem uma ligeira alteração. Segundo Stein (1992), o desejo sexual é frequentemente auto-percebido como tendo sofrido um decréscimo após ocorrer a lesão. As atitudes sociais tendentes a dessexualizar certos grupos, como o caso dos deficientes, bem como as alterações na imagem corporal e nos sentimentos de atractividade pessoal, contribuem para a explicação desse decréscimo.

De acordo com Lianza, Casali, Greve e Eicheberg (2001), as alterações ao nível do desejo estão, muitas vezes, associadas aos efeitos dos medicamentos, nomeadamente tranquilizantes, anti-depressivos e relaxantes musculares. Estes autores referem ainda que a

redução da mobilidade, a espasticidade e os problemas de controlo intestinal e vesical são aspectos que também podem influenciar negativamente a libido.

Denota-se, deste modo, uma diminuição quer do desejo sexual, quer da frequência da actividade sexual após a ocorrência de uma L.V.M. Factores que se prendem com mudanças de atitude, caracterizados por uma postura mais permissiva e aberta em relação ao deficiente em geral e à sexualidade em particular, e à disponibilidade dos técnicos para considerarem a componente sexual como parte integrante do processo de reabilitação total, têm contribuído para que os sujeitos com lesão medular consigam viver uma sexualidade cada vez mais gratificante. (Cardoso, 2006)

Sexualidade na Incapacidade Física

A maioria das pessoas possui, em geral, ideias pré-concebidas acerca do comportamento sexual dos indivíduos portadores de deficiência, continuando ainda, nos dias de hoje, a existir o pensamento de que as pessoas portadoras de deficiência física não têm necessidades sexuais. Este tipo de pensamento, para além de ultrapassado, está completamente equivocado, pois uma pessoa portadora de qualquer tipo de deficiência é, acima de tudo, um ser humano e, como tal, detentor de impulsos sexuais.

Infelizmente, a evolução do modelo de sexualidade reprodutiva, no sentido de uma maior valorização do prazer, não trouxe benefícios à forma como a sociedade aceita a sexualidade de determinados grupos, tais como os idosos e os doentes, em especial aqueles que padecem de lesão Vértebro-Medular. (Abrantes 2003)

De acordo com Stein (1992), aquilo que marca a diferença nos indivíduos portadores de L.V.M. é a perturbação dos circuitos nervosos entre os órgãos genitais e os centros nervosos superiores. Este autor diz-nos ainda que o comportamento sexual não consiste necessariamente num conjunto de iniciativas conducentes ao coito e orgasmo, pelo que todo o género de intimidade física, mesmo quando desgenitalizada, pode ser mutuamente aceitável e gratificante. (Cardoso, 2006)

Quando se lida com pessoas com incapacidades físicas, deve privilegiar-se uma postura que fomente a igualdade de direitos e que determina a prioridade dada à sua educação sexual, visto tratar-se de indivíduos com necessidades especiais, que poderão encontrar-se numa situação de vulnerabilidade biopsicossocial. Portanto, se para um indivíduo que não apresenta qualquer necessidade e/ou incapacidade física é difícil discutir-se a questão da sexualidade,

bem mais devastadora e perturbante se crê esta problemática nos lesionados Vértebro-Medulares, que, em determinado momento das suas vidas, se deparam com a circunstância de terem de alterar o curso normal do seu dia-a-dia, como consequência de um acontecimento traumático.

- Sexualidade no Lesado Medular

A ocorrência de uma lesão Vértebro-Medular é sempre vivida como uma experiência dramática. Tendo em conta todas as funções de destaque que a medula desempenha na fisiologia do sujeito, quer ao nível da transmissão de impulsos nervosos, quer ao nível do próprio controlo que exerce em funções como a regulação térmica, a postura, a micção e o intestino, deduz-se a dimensão da incapacidade que decorre deste acontecimento. (Faria, 2006)

Adicionalmente, as lesões Vértebro-Medulares afectam a sexualidade nas suas vertentes física e psíquica, isto porque aquela é parte integrante da personalidade total das pessoas, abarcando emoções, afectos, sensações e pensamentos.

Ainda nos deparamos, nos dias de hoje, com o mito de pensar que a sexualidade na deficiência não existe. Na sociedade em que vivemos, esta ideia tem algum impacto no desenvolvimento psicossocial do sujeito com deficiência, tendo em conta o facto de ser um ser sexuado, com desejos e sentimentos, cognições e necessidades, tal como qualquer outro ser sem deficiência. Para que mitos como este deixem de existir, é importante ganhar a consciência de que a sexualidade é um fenómeno humano peculiar, que toma a sua feição própria, porque existem nos seres humanos fenómenos psicológicos fundamentais, uns básicos, outros mais complexos, que estão na génese, na manutenção e na perpetuação dos comportamentos de natureza sexual. São as capacidades de pensar, de viver sensações e sentimentos que fazem do Homem uma entidade única no conjunto dos seres de criação. (Palha, 2003)

O corpo representa o denominador comum da matriz existencial humana e revela-se como uma entidade multidimensional, onde estão inscritos e articulados mecanismos biológicos e psicológicos.

Numa perspectiva fisiológica, no que se refere ao caso específico do homem com lesão Vértebro-Medular, este vê a sua capacidade de obter erecção psicogénica inexistente ou difícil, dependendo da localização e extensão da lesão. As erecções reflexas são

experimentadas mais amiúde, embora a qualidade necessária para manter uma relação de coito seja bastante deficitária. (Derry e tal., 1998) Por sua vez, a mulher com lesão Vértebro-Medular vê diminuída ou mesmo ausente a lubrificação e a sensibilidade clitoriana e intravaginal. (Cross, Meythaler, Tuel & Cross, 1991) Em ambos os sexos, masculino e feminino, a vivência do orgasmo fica gravemente comprometida e, no caso específico dos homens, a ejaculação torna-se uma ocorrência medicamente assistida. Perante este quadro, podemos ainda constatar a ocorrência de um sentimento de insatisfação, que, conseqüentemente, conduzirá a uma baixa auto-motivação, por parte dos parceiros, no seu envolvimento sexual.

Segundo João Galhordas (2004), Cardoso (1996) descreveu algumas das características da vivência da sexualidade em indivíduos com este tipo de lesão, tendo verificado que tanto a importância atribuída à vida sexual como ao desejo sexual têm tendência a diminuir. Na realidade, parece mesmo existir uma diminuição da frequência com que os indivíduos têm relações sexuais. Cardoso constatou também que a grande maioria das sensações orgásmicas é diferente, no que diz respeito ao período anterior à lesão. Por outro lado, parece ocorrer um aumento dos comportamentos sexuais extra-genitais, o que parece estar associado a uma redefinição de sexualidade.

Glass (1999) salienta a importância de as pessoas se mostrarem curiosas sobre a possibilidade de obterem informação relacionada com a temática da sexualidade, defendendo ainda que deverá estabelecer-se uma comunicação aberta sobre este tipo de questões, em particular no seio do casal. Este autor chama a atenção para o facto de o comportamento sexual não ser visto de uma forma isolada, devendo, pelo contrário, ter-se em conta a relação do casal, sendo de grande importância as vivências anteriores à lesão.

No seguimento desta ideia, Drench (1992) diz-nos que os homens paraplégicos relatam ansiedade quando, finda a reabilitação, abandonam o hospital e regressam à companhia das suas parceiras. Porém, torna-se pertinente verificar que, apesar das manifestações de apreensão face a possibilidade de não conseguirem lidar com as exigências e expectativas inerentes aos papéis sexuais masculinos, as parceiras destes sujeitos afirmam, na sua maioria, que estas expectativas eram tão-somente representações dos homens lesados.

Weinberg (1982, citado por Cardoso, 2006, p.146) nomeou algumas áreas problemáticas com as quais o indivíduo com L.V.M. tem de se confrontar, antes de ser capaz de ganhar novo interesse pela actividade sexual. É necessário que o indivíduo se adapte à sua nova imagem corporal, aceitando-a e reconhecendo as suas capacidades e limitações. É importante conseguir tomar novas decisões e iniciativas, relativamente à sexualidade, e aceitar que o seu

funcionamento sexual pode ser diferente do de uma pessoa sem deficiência física, sem que isso implique algum tipo de sentimentos de inferioridade.

Segundo Drench (1992) conceitos como a imagem corporal, a identidade sexual e o auto-conceito estão fortemente interligados, podendo contribuir, juntos ou em separado, para uma maior ou menor adequação sexual. Neste seguimento, Lemon (1993) considera que, quando se pretende estudar a forma como estes sujeitos expressam a sua sexualidade, se deve ter sempre em conta a imagem corporal, a auto-estima, as reacções sociais, todos os sentimentos envolvidos e os relacionamentos interpessoais.

Shuler (1982) acrescenta que a readaptação sexual acontece em simultâneo com a adaptação geral à deficiência, e à medida que o auto-conceito se vai transformando e que se aprendem compensações face às limitações físicas, os valores alteram-se no sentido de serem potencializados aos atributos que não foram afectados pela lesão.

Adaptação e reabilitação sexual após lesão

Ducharme (2000) refere a adaptação sexual como sendo um processo gradual e de grande importância, uma vez que envolve o ajustamento físico e psicológico da pessoa com uma L.V.M. Esta adaptação é uma fase importante na vida de uma pessoa, depois da ocorrência da lesão. Algumas pessoas acreditam que os homens vítimas desta lesão, não podem participar em qualquer tipo de actividade sexual, acreditando que estes, não podem apreciar a actividade sexual. No entanto, os homens que conhecem o que é viverem com este tipo de lesão, sabem que a perda de movimento ou sensibilidade não significa a perda de prazer.

A adaptação psicosexual das pessoas com deficiências físicas desenvolve-se do mesmo modo que em qualquer outro indivíduo, ou seja, ambas passam pelas mesmas fases do desenvolvimento humano, que consiste na combinação da maturação biológica, do desenvolvimento e integração das capacidades físicas, do desenvolvimento do intelecto, da consciencialização crescente do tipo de pessoa que se é e, por fim, da evolução normal de desejos e interesses equilibrados pelas competências que o próprio indivíduo possui para os alcançar.

No processo de reabilitação, a primeira área de preocupação das pessoas é a imagem corporal. Esta imagem que as pessoas têm de si mesma toma um papel relevante, uma vez que pode influenciar o desejo em participar, ou não, na vida sexual, tendo em conta o facto de, ao

terem uma opinião negativa do seu corpo, isso fará com que se sintam menos atractivas. (Klebine, 2002)

Face a um quadro clínico de uma L.V.M., é importante a intervenção da equipa de reabilitação no que diz respeito à readaptação sexual, de forma que, após a lesão, e com o estabelecimento de uma relação de empatia, seja possível informar os sujeitos de que a L.V.M. não elimina a possibilidade de se expressarem sexualmente, podendo mesmo representar o (re) começo de um envolvimento afectivo-sexual verdadeiramente gratificante. (Cardoso, 2006)

Um dos aspectos importantes na reabilitação, é saber a escolha certa do melhor momento para a avaliação do potencial sexual para, posteriormente, se dar início ao aconselhamento. Este processo desenvolve-se em duas fases. Num primeiro momento é importante estabilizar o doente, do ponto de vista físico e psicológico, o que não invalida que seja criada uma atmosfera empática onde o indivíduo com L.V.M. sinta existir disponibilidade pela parte do psicólogo ou de outros técnicos da equipa com conhecimento nesta área, para abordar os aspectos relacionados com a readaptação sexual. Num segundo momento, para os doentes interessados, será prestado o apoio específico nesta área, individualmente ou na companhia do (a) parceiro (a) sexual. É de referir que, um dos aspectos importantes para a readaptação é a utilização de técnicas que permitem alcançar a obtenção de prazer sexual.

É de salientar a posição de Shuler (1982) quando este refere que, ao nível da reabilitação sexual dos sujeitos com L.V.M., o objectivo primordial é redefinir a sua sexualidade, prioritariamente através da mudança de atitudes. Toda a restante intervenção decorre desta base, envolvendo quer aspectos relacionados directamente com a condição física, quer com as dificuldades típicas da população geral com disfunções sexuais.

O reajustamento sexual de um ser com deficiência está dependente do reconhecimento de que a escolha é ainda possível, podendo esta passar por determinados comportamentos mais íntimos sentidos como agradáveis por ambos os parceiros, sem que a ênfase seja essencialmente colocada no acto sexual enquanto coito. Para reforçar esta ideia, Ducharme et al (1988) refere que todos os sujeitos com deficiência física possuem repertórios comportamentais, mais ou menos específicos, tendo em conta o tipo de lesão, através dos quais conseguem expressar os seus sentimentos sexuais.

“A pessoa com deficiência, tal como a de corpo são, tem o direito de determinar se se quer expressar sexualmente ou não...o aconselhamento sexual deveria orientar-se no sentido de promover a capacidade do paciente tomar decisões em todos os aspectos da sua vida, incluindo a componente sexual”. (Vigue 1978, cit. por Cardoso, 2006, p. 183)

Compreensão Psicodinâmica da Sexualidade num paciente com L.V.M.

A sexualidade masculina transporta consigo numerosos mitos e muitas facetas permanecem ainda ignoradas. Spappeti-Kaplan, na sua obra “La sexualidad masculina” (Galerna, Buenos Aires, 1986), refere-se aos mitos da sexualidade masculina, dizendo-nos que, no seu entender, o homem nunca deve expressar certos sentimentos, como a ternura e a dor, devendo ainda estar sempre na posse das suas capacidades máximas de rendimento, ao nível da esfera sexual, e outras, estando sempre disposto para a relação sexual, sendo ele quem a dirige. Kaplan refere mais, dizendo que a sexualidade do homem se expressa constantemente através da penetração, sendo a sua capacidade de erecção sempre máxima e que conduz, inevitavelmente, ao orgasmo. (Alfredo Capellá, 2003)

Vemos desta maneira que a sexualidade humana se encontra intrinsecamente ligada à posse de um “pénis potente” e com capacidade de produzir no outro prazer. Deste modo, e partir de visões mais enraizadas na cultura, postular-se-ia que o mais real do ser humano é aquilo que, de certa forma, o marca biologicamente de forma indiscutível e diferente: a sua proeminência peniana. Assim, a sexualidade masculina ficou ligada àquilo que o pénis representa. “Ser um homem é, deste ponto de vista, ter um pénis; quase diríamos que é “ser um pénis”; um pénis eréctil, capaz e potente”. (Alfredo Capellá, 2003, p. 38)

O título de sexualidade humana pretende exprimir a importância da conotação “humana”, entendendo que o factor humano é definido pela forma como o sujeito combina e relaciona o seu corpo e o seu psiquismo e de como se apropria, a partir do seu mundo psíquico, da sua natureza corporal e, por consequência, da sua sexualidade. (Alfredo Capellá, 2003, p. 23)

Praticamente toda a sexualidade, inclusive em psicanálise, está quase que exclusivamente regida pelos acontecimentos do ou no corpo.

As noções que existem acerca do corpo belo estão presentes desde a Grécia antiga, na arquitectura, na estatuária e no pensamento da época. A imagem do corpo grego continua a funcionar como referência e é ainda tida, nos dias de hoje, como uma imagem atraente. (Cunha, 2004)

O mesmo autor transmite-nos ainda a ideia da importância do corpo, para que seja possível a consolidação da identidade do próprio indivíduo, sendo a imagem corporal o aspecto central da identidade pessoal e social na nossa sociedade. O corpo e a aparência moldam a forma de estar e de interagir em sociedade, constituindo-se como factores

fundamentais para a construção da auto-imagem do indivíduo. O papel do corpo no desenvolvimento psicológico foi demonstrado por Freud (1923; cit. por Harrison, 1983), que refere que o ego se desenvolve à volta da experiência corporal.

A imagem corporal torna-se um modelo mental, uma representação construída pela aprendizagem e pela observação de modelos fornecidos pelos líderes de opinião e outras personagens de referência, os quais são copiados na forma de agir, de vestir e de se expressarem. Este modelo mental torna-se um guia para atingir o “eu” ideal. (Giddens, 1997; cit. por Cunha, 2004)

Debruçando-nos sobre a imagem corporal, “é comumente sabido que em casos extremos de desfiguração física, como no caso da lesão medular, ocorrem alterações negativas na imagem corporal que coincidem com diminuições da auto-estima e dificuldade de readaptação”. (Derogatis, 1980, citado por Cardoso, 2006, p. 123)

PARTE II – Investigação Empírica

Capítulo IV – Conceptualização da Investigação Empírica

Nos capítulos anteriores explicitámos as teorias subjacentes que nos permitiram um corpo de constructos que, por sua vez, possibilitaram efectuar o devido enquadramento teórico bem como a compreensão da problemática em estudo na população em que nos debruçámos.

Deste modo, este capítulo traduz a apresentação da investigação desenvolvida nesta dissertação que incide sobre as vivências da sexualidade num adulto com L.V.M.

Neste capítulo são, ainda, definidos os objectivos do estudo.

Formulação do problema

A sexualidade é uma fase de extrema importância no desenvolvimento humano, a nível fisiológico, cognitivo, social e emocional.

Ao longo dos tempos, na literatura, começa-se a notar uma crescente relevância deste tema, contudo, é de realçar ainda a escassez de estudos que abrangem somente o tema da sexualidade.

Sendo assim, o problema do nosso estudo vai incidir na forma como os adultos com lesão Vértebro-Medular encaram a sua sexualidade e as mudanças que esta sofre com a lesão.

Objectivos do estudo

A partir da compreensão do conceito de Lesão Vértebro-Medular e de Sexualidade, a questão norteadora desta pesquisa centra-se sobre a tentativa de perceber como a mudança da sexualidade, numa perspectiva que analise as transformações físicas e internas que poderão afectar o sujeito com a lesão em causa.

Assim, o objectivo deste trabalho de investigação é, através de uma análise o mais detalhada possível, tentar perceber como é que um adulto com um quadro de uma Lesão Vértebro-Medular vivencia, internamente, a sua sexualidade e como são vividos e/ou sentidos os problemas emocionais e afectivos que advém da lesão.

Tendo em conta o carácter exploratório deste estudo, não pretendemos confirmar ou infirmar hipóteses, mas apenas recolher dados que nos permitam reflectir um pouco sobre o assunto, de forma plausível e ponderada.

Esta investigação pretende descrever aspectos relevantes que nos permitam compreender um pouco melhor como se sente um adulto que tem de reaprender a viver, circunscrito a uma realidade diferente, que exige dele um esforço de readaptação à sua própria sexualidade, bem como à maneira como esta se altera no seu interior.

Da análise e discussão dos resultados obtidos, esperamos perceber um pouco melhor a maneira como os adultos com L.V.M. percebem as vivências da sua sexualidade.

É, então, com este intuito que se procura questionar, ao nível da vivência sexual, qual o conjunto de diferenças presentes no sujeito com L.M.V., antes e após a lesão, e/ou ainda que mudanças surgiriam, tendo em conta a incapacidade adquirida no paciente.

Por outro lado, pretendemos também deduzir, a partir do discurso do adulto com lesão, a importância que a sexualidade tem no seu dia-a-dia e ainda a forma como são vividas as relações afectivas com o outro e com o sexo oposto, após ocorrer uma lesão deste tipo. No caso de serem encontradas diferenças, procuramos perceber quais serão e que peso poderão ter relativamente à forma como aquele percebe o futuro.

Finalmente, impõe-se questionar a imagem que o paciente tem de si mesmo, sem que este seja o foco central do estudo, mas tendo sempre em conta que este é um factor importante quando se aborda a temática da sexualidade.

Capítulo V – O Método

Neste capítulo são justificadas as opções efectuadas relativamente à população alvo da investigação, faz-se referência às metodologias adaptadas e explicita-se o procedimento realizado.

Por último, são apresentados os instrumentos que permitiram a recolha dos dados e a devida análise dos mesmos.

Tipo de estudo

Ao adoptarmos a metodologia “estudo de caso”, pretendemos realizar um estudo exaustivo de um dado fenómeno, sendo, neste caso específico, nosso objecto de estudo a análise compreensiva e fenomenológica das vivências da sexualidade num paciente adulto com Lesão Vértebro-Medular.

Como nos diz Pedinielli, (1999, p.75)

a noção de ‘estudo de caso’ está no centro do método clínico”. Este tipo de estudo tem como finalidade não só proceder à “descrição de uma pessoa, da sua situação e dos seus problemas, mas também procura esclarecer a origem e o desenvolvimento, tendo a anamnese como finalidade a identificação das causas e da génese desses problemas. (Huber, 1993)

Esta metodologia procura evidenciar a lógica de uma história de vida singular, através de instrumentos adaptados, como a entrevista, a observação e as informações anamnésicas, que visam a recolha de dados, os quais, depois de integrados, permitem dar conta do conjunto de fenómenos e produzir hipóteses sobre a génese, a função e as consequências do problema em questão, sobre o lugar que ele ocupa na história do sujeito e o sentido que este lhe dá.

Stake (1994) refere que a metodologia de estudo de caso tem responsabilidades conceptuais e, por isso, devemos preocupar-nos em realizar uma conceptualização do objecto de estudo; seleccionar fenómenos, temas ou questões que se querem em destaque; procurar padrões de informação que permitam desenvolver as questões levantadas previamente; relacionar entre si observações chave que permitam fazer interpretações; seleccionar interpretações alternativas para pesquisar e, por fim, desenvolver afirmações e generalizações do caso.

A imagem que o sujeito tem de si mesmo e a forma como este se sente, enquanto homem, na relação de intimidade com o sexo oposto foram alguns dos fenómenos seleccionados para a realização deste estudo. Aspectos relacionados com a intimidade e a forma como estes são vividos pelo sujeito foram padrões de informação tidos em consideração.

Neste trabalho optou-se pela metodologia de estudo de caso, com a ambição de que fosse possível chegar a uma compreensão o mais completa possível das vivências emocionais, estrutura e dinâmica psíquica do sujeito. Como nos diz Marques (1999/2001), o que se pretende num estudo de caso é o conhecimento do sujeito psicológico através de um método de compreensão, interpretação, significação e simbolização, tendo sempre em conta a relação, as transformações e o crescimento.

O método de estudo de caso deve ser visto como uma estratégia de pesquisa e considerar aspectos relevantes para o delineamento e desenvolvimento do trabalho de pesquisa.

Delineamento

Este capítulo dedica-se a um estudo empírico sobre a temática da vivência sexual de um adulto com Lesão Vértebro-Medular.

Trata-se de um estudo de caso de diagnóstico, com o principal objectivo de perceber de que forma é vivida a relação com o outro, tendo em conta a L.V.M. e perceber de que maneira é organizada toda a vida do sujeito, após a lesão adquirida.

Com a realização deste projecto, pretendemos reflectir sobre a forma como são vivenciados os problemas emocionais e afectivos, vividos por adultos com Lesão Vértebro-Medular; como se organizam e se adaptam, no seu inconsciente, à lesão adquirida, bem como ao modo como se adaptam a tudo o que provém da lesão. A forma como lidam com o seu corpo e com as mudanças, são também, foco do nosso interesse.

Procedimento

Após se estruturar o projecto a realizar (ANEXO B) e depois de se definir a população alvo do presente estudo, bem como as características da amostra, foi construído e enviado um pedido de autorização ao Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (C.M.R.A.)

(ANEXO C), desde logo o hospital escolhido para a realização deste projecto. Tendo realizado no ano 2006/2007 o meu estágio académico no C.M.R.A., o Psicólogo do Centro mostrou-se interessado no estudo, entregando uma carta à Directora de Alcoitão (ANEXO D) com o seu parecer positivo para a realização da investigação em causa. Depois de se ter entregue o pedido de autorização para realizar este projecto, fomos contactados pelo Centro para mandar alguns documentos pertinentes, antes da resposta da Dra. Filipa (documento do ISPA a certificar a minha frequência no Mestrado (ANEXO E), um formulário de consentimento informado para os doentes (ANEXO F) e um guião da entrevista a efectuar (ANEXO G)).

Perante a aceitação, do projecto, pelo Centro de Reabilitação física, procedeu-se ao primeiro contacto com os doentes. No dia 15 de Abril fui ao Centro para o Dr. João fazer a minha apresentação aos participantes do estudo. Após um primeiro contacto, combinei, com ambos os sujeitos, um primeiro encontro para o dia 18 de Abril. No dia combinado realizou-se a primeira entrevista, dando início ao estudo, onde expliquei todo o conteúdo do projecto a realizar e onde cada um dos sujeitos leu e assinou o termo de consentimento informado, aceitando participarem na realização do projecto.

A recolha de dados realizou-se entre Abril e Maio de 2008 e todas as entrevistas efectuadas foram gravadas e transcritas (ANEXO H), com a devida autorização dos sujeitos. O discurso livre com gravação e posterior transcrição caracteriza um estudo de caso de natureza, essencialmente, exploratória. Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise temática utilizando concepções como qualidade de vida e mudanças relevantes. Assim, neste estudo de caso foram identificadas uma deficiência física (paraplegia) e uma série de incapacidades e alterações na vida do sujeito em causa.

Mesmo tendo realizado as entrevistas e aplicado o inquérito aos dois sujeitos, em consenso com o Dr. Rui, achou-se mais viável utilizar apenas os dados do P.

A escolha dos sujeitos realizou-se com a ajuda do Dr. João, tendo em conta o facto de serem seus doentes, mas seguindo sempre as características da amostra, previamente definidas.

Após as três entrevistas realizadas, no último encontro, dia 18 de Maio de 2008, efectuou-se a aplicação de um inquérito para complementar os dados obtidos nas entrevistas realizadas previamente.

É de referir que, para a realização do estudo em causa e utilização desta escala, dada a minha inexperiência, foi pertinente a participação num Workshop “A Entrevista Psicanalítica – na clínica e na investigação científica”, organizada pelo Centro de Investigação e

Intervenção e orientado pelo Doutor Jaume Aguilar, autor da escala utilizada como instrumento no âmbito deste estudo. É de referir, ainda, a participação num grupo de trabalho, dirigido e orientado pelo Professor Doutor Rui Aragão. Este grupo foi criado com o intuito de elaborar uma nova versão da escala KPDS, a aferir para a população adulta, isto em parceria com um grupo de trabalho de Barcelona, orientado pelo Doutor Jaume Aguilar.

Participantes

Para a recolha da amostra, contei com a ajuda e orientação do Dr. João Galhordas. Inicialmente o estudo era para ser realizado com a participação de dois sujeitos, ambos doentes do Dr. João no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, mas após as entrevistas realizadas e com a ajuda do Dr. Rui, percebi que, apenas um dos casos tinha as condições necessárias para a realização do estudo. O participante deste estudo é um sujeito do sexo masculino, com idade compreendida entre os 25 e os 35 anos e com Lesão Vértebro-Medular, paraplegia, tendo esta lesão ocorrido há mais de três meses.

Instrumento

“ A entrevista é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um leigo.”
Rogers cit. por Costa et al. (2004/2005)

Num primeiro encontro de uma entrevista, torna-se essencial conceber a mesma numa oportunidade de uma escuta e de uma descoberta constante do outro, como desconhecido, e não de um interrogatório que confirme hipóteses previamente concebidas, sempre de uma forma inconsciente e defensiva. É importante e necessário a disponibilidade e entrega total por parte do entrevistador, bem como a sua afectividade, para abraçar, de forma consciente, o desconhecido. O desafio da entrevista foi o de criar condições propícias intersubjectivas de um retorno de contacto com uma zona abandonadas de si próprio.

No presente estudo foi utilizada, como instrumento, a Escala de Diagnóstico Psicanalítico. (Aguilar, J., Oliva, M., Marzani, C. (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina.)

Para uma aplicação correcta desta Escala, o entrevistador realiza 3 a 4 entrevistas livres, não estruturadas mas dotadas de carácter dinâmico. Cada uma das entrevistas realizadas tem a duração de cerca de 45 minutos e todas são necessárias para a avaliação, nos termos da Escala de Diagnóstico Psicanalítico. A escala em questão serve para esclarecer a realidade psíquica do paciente no que se refere à estrutura do seu Eu, à natureza das identificações projectivas, quer ao nível estrutural das defesas usadas frente à ansiedade persecutória bem como à qualidade das suas ansiedades depressivas.

A Escala de Diagnóstico Psicanalítico – modelo Kleiniano – é um instrumento de diagnóstico de avaliação diagnóstica (ANEXO I) baseado na teoria psicanalítica das relações de objecto desenvolvidas por Melanie Klein, tendo sido criada com o intuito de introduzir a dimensão intrapsíquica e relacional dos pacientes na investigação clínica. Esta escala tem a sua origem na necessidade de criar um instrumento que permita avaliar aspectos do funcionamento intrapsíquico e relacional do sujeito que se mantenham relativamente estáveis no tempo, que seja verificável e susceptível de reprodução, e que possa relacionar-se com diferentes sistemas de classificação diagnóstica das perturbações mentais.

Existem duas versões desta escala, a primeira pode ser consultada num estudo teórico e estatístico, publicada no volume correspondente ao ano de 1993 da *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. A segunda versão da Escala foi publicada em *Acta Psychiatrica Scandinavica*, em 1996. Actualmente está a ser construída e aferida uma terceira versão da escala, mais actual e completa, mas que ainda não está em funcionamento.

“A escala é constituída por 15 subescalas que operam situando o sujeito entrevistado relativamente a alguns parâmetros mais nucleares do modelo Kleiniano” (Aguilar, 2003, p. 75) que foram agrupados em quatro grandes dimensões, denominando-as: Capacidades do Eu; Identificação Projectiva; Dimensão Esquizoparanóide e, por último, a Dimensão Depressiva.

A Dimensão “*Capacidades do Eu*” é constituída por quatro subescalas e é avaliada a partir da aptidão verbal ao serviço da comunicação; do nível de consciência e de comunicação com os seus próprios sentimentos, emoções e estados afectivos; da atitude predominante frente aos problemas e qualidade das soluções procuradas e, por fim, da reacção predominante frente à frustração. A Dimensão “*Identificação Projectiva*”, por sua vez, é constituída por três subescalas e cuja avaliação se prende com os seguintes parâmetros: análise do nível de intrusão e hostilidade na atribuição de sentimentos, motivações e estados emocionais ao outro; localização pelo paciente da origem dos seus problemas; qualidade das reacções contra-transferenciais gerais experimentadas pelo entrevistador. Identificação Projectiva, é-nos dada a entender, segundo a esteira de Klein (1935, 1957) e Torres de Beà (1989), como

uma fantasia inconsciente de carácter marcadamente onnipotente, que força a entrada de conteúdos mentais próprios do sujeito no “outro”, induzindo-o a identificar-se com aquilo que nele foi projectado. Pode agir como um elemento de comunicação que permita a empatia com os sentimentos do outro, ou acabar por representar uma evacuação e uma projecção de carácter hostil do mal-estar mental próprio. (Aguilar, 2003)

A “*Dimensão Esquizoparanóide*”, por sua vez, avalia as ansiedades persecutórias, entendidas como sentimentos de ameaça ao próprio Eu (Klein, 1935). Estas ansiedades são examinadas em quatro subescalas: nível de ansiedade do entrevistado durante a entrevista; Vivências paranóides frente os outros; defesas predominantes frente à experiência persecutória e, por último, níveis de ansiedade persecutória procedente do Supereu. A última dimensão desta Escala é denominada por “*Dimensão Depressiva*”, avaliando as ansiedades depressivas, entendidas por Melanie Klein (1935) como aquelas que derivam da preocupação e da responsabilização relativas aos conteúdos mentais do sujeito e referidas ao estado do outro. Esta dimensão encontra-se dividida em quatro subescalas, que irei citar de seguida: confiança nas próprias capacidades; consciência e preocupação relativas aos próprios actos e sentimentos, relação com os próprios sentimentos de culpa e, por fim, preocupação com o outro.

Após a utilização da Escala psicanalítica, apliquei também o questionário da autoria de Bruce Thomason, “Marital Adjustment Check-List for the Disable”, sendo aplicada a versão Portuguesa traduzida por Oliveira, Tenreiro, Paixão, Tenreiro, Lains e André (1998), com o nome de “Questionário de Ajustamento Conjugal para pessoas com Deficiência Adquirida”. Tendo em conta a população a que este questionário se dirige, pessoas com um relacionamento conjugal, não o utilizei na sua totalidade, aplicando apenas algumas perguntas mais direccionadas ao sujeito questionado (ANEXO J). Com um questionário estruturado, o sujeito fica limitado às questões formuladas, sem que tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. O objectivo principal deste tipo de questionário é exactamente o de colher a informação factual sobre os sujeitos, acontecimentos os situações vividas, bem como as atitudes, crenças e intenções dos participantes.

Para facilitar a análise posterior do questionário, as questões deste foram agrupadas em quatro itens: A – Satisfação Sexual (perguntas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 15); B – Comportamento Sexual (perguntas 2, 8, 9, 10, 11, 16); C – Sentimentos em relação à Sexualidade (perguntas 12, 13, 14) e D – Problemas e preocupações relacionados com a Sexualidade (pergunta 17).

Capítulo VI – Resumo do Caso

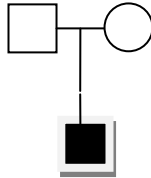
Caso Clínico

Sr. P.

Pai: 63 anos

Mãe: 58 anos

P: 28 anos



O P é um jovem, de 28 anos, portador de um bonito sorriso e de um olhar atento e expressivo. A crista que lhe modela o cabelo dá-lhe um ar característico e diferente.

Estudou e Licenciou-se em Relações Internacionais, no Porto. Definia-se como sendo uma pessoa “ destemida, corajosa, aventureira”, caracterizada pelo gosto do ar livre já tendo trabalhado como jardineiro, recepcionista, porteiro e, na altura do acidente, como nadador salvador. Era oficial do Exército e estava na vida civil, mas tinha marcado um novo reingresso na vida militar, poucos dias depois do acidente acontecer. Tinha como principal objectivo, no seu reingresso ao Exército, licenciar-se novamente agora na área de Economia, e depois tentar ingressar na carreira de Diplomata. Até encontrar este objectivo, P refere que andou “muito tempo por andar, coisa que agora sinto que ande outra vez. Eu ansiava muito por estabelecer objectivos, mas não conseguia alcançá-los. Entreguei-me muitos anos ao álcool, à vida nocturna e à permiscuidade de várias ordens, a um desmazelo grande por mim, auto-estima e auto-confiança foram-se anulando”. Com esta entrada no Exército, P encontrou uma maneira de alcançar o verdadeiro objectivo profissional, seguir a Diplomacia, “comecei a objectivar o meu pensamento”.

O acidente que vitimou P ocorreu em Setembro de 2007 e foi um acidente de mota, quando este se deslocava para o trabalho. Apesar de conduzir mota há quatro meses, refere já ter a carta há muitos anos. Nesse dia, ia para o trabalho de manhã, por um percurso habitual, percorrendo uma recta onde praticamente só havia o carro que vinha em sentido contrário ao do P. O veículo contrário pára o carro para mudar de direcção, faz a sinalização correcta, mas só quando P se aproxima do ponto de intercepção, “inexplicavelmente ela avança para fazer a mudança de direcção e pronto, acaba por se interceptar no meu caminho”. O carro ficou

atravessado na faixa de rodagem de P e, apesar da velocidade a que ia ser mínima (60, 70km), P não teve reacção e embateu em cheio no carro, tendo sentido de imediato, após recuperar a consciência, que não tinha sensibilidade nas pernas. “Não bati a grande velocidade porque ainda reduzi, mas foi suficiente para ficar paralisado”.

Deu entrada no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (C.M.R.A) em Janeiro de 2008 e iniciou o seu processo de reabilitação com internamento e apoio Psicológico. O seu diagnóstico é de um corte parcial na medula e, apesar de não ter havido esmagamento, houve um corte total na informação, o que em termos de mobilidade lhe confere uma paralisia ao nível dos membros inferiores (paraplegia).

P refere ter chegado ao Centro com muita motivação para o tratamento e para recuperar a sua independência e autonomia, esse era o seu objectivo, mas rapidamente identificou os seus inimigos “a espasticidade, a falta de equilíbrio e a condição psicológica, quando estou bem estou bem, mas quando estou mal, estou muito mal”. Ao longo dos primeiros tempos de internamento em Alcoitão refere ter-se desiludido, pelo facto de ter criado muitas expectativas, relativamente ao centro, e pelo facto da realidade não corresponder ao que esperava. “A vontade com que entrei aqui, deu lugar a uma descrença e desmotivação, até em termos sociáveis eu mudei, estou mais isolado”. Fala na escassez do material, bem como na antiguidade do mesmo, refere a ausência do contacto dos médicos com os doentes para possíveis dúvidas ou simples conversas e refere a presença de apenas um terapeuta para três ou quatro doentes ao mesmo tempo, o que faz com que não haja a focalização num só doente. Tendo em conta este sentimento de desmotivação geral, P pediu transferência de Alcoitão para ir para o Centro de São Brás de Aljustrel, também com o intuito de estar mais perto de casa. Refere ser uma pessoa bastante interessada e, desde logo, começou a fazer perguntas (por exemplo a questionar o porquê de tanta medicação que tomava, etc.) à médica e aos enfermeiros. Todas estas questões que ia colocando e questionando, acabaram por dar origem a um “rótulo de ansioso e obcecado, o que me desagradou muito”. (“ Eu sempre fui obcecado e ansioso, nervoso, sempre fez parte da minha personalidade, mas, neste caso concreto depois do acidente, eu surpreendi-me pela positiva. Essa ansiedade e obsessão foram focalizadas para a vontade em aprender mais e em dedicar-me a isso”). Apesar destes contratemplos, P referia ter bom ambiente com os colegas e com os enfermeiros, bem como com a restante equipa terapêutica.

Quando falei a primeira vez com P, ele já estava internado há três meses, mas esteve acamado com uma pneumonia e com infecções urinárias, o que lhe atrasou a recuperação e a entrega total nos departamentos.

O P define-se como uma pessoa “realista e racional, às vezes pessimista, mas independente” de tudo e de todos,” tanto estava bem no meio de cinco, como sozinho”, é uma pessoa que pensa pela própria cabeça e muito certa quanto ao que quer e quanto ao que é importante e lhe faz sentido, o que por vezes pode dificultar a adaptação face à sua nova condição.

No que refere a apoio, diz ter sentido sempre apoio, desde o primeiro dia até aos dias de hoje, por parte dos amigos e dos pais, e é nos pais que ele vê a sua âncora e a razão para se manter agarrado à vida. Esteve presente o pensamento de morte, bem como a sua verbalização. “Eu não tenho irmãos e, se não fossem as duas pessoas mais directas, que eu sei que seria injusto mesmo para eles, eu equacionava a hipótese de suicídio. Tenho tido amigos, tenho tido essa prova, mas não tem sido suficiente para me agarrar. Isto não é viver, é sobreviver”. Este pensamento foi constante ao longo das duas primeiras conversas que tivemos, e era algo que ele tinha bem definido na cabeça. Referiu também a vontade que tinha de escolher ficar no acidente “não tenho a menor dúvida, se houvesse uma paragem no tempo e eu tivesse as duas hipóteses, eu não hesitava e escolhia morrer...”

Durante o tempo que estive com o P, quase dois meses, ele passou por três fases: uma primeira fase muito moralizada em que aceitava a ajuda e estava motivado a trabalhar e recuperar o que pudesse, tendo como objectivo ganhar a sua independência e autonomia; uma segunda fase mais desmoralizada, em que predominava um sentimento de “descrença, resignação e isolamento” e, por fim uma última fase, mais moralizada novamente, com força para retomar ao trabalho com entrega total. Nesta última fase, tendo um sentimento mais positivo e de confiança em si mesmo, saiu do Centro com alguns amigos, coisa que inicialmente era algo impensável, foi ver futebol ao estádio, foi até ao shopping de Cascais, passou uma noite fora, coisa que referia ser impossível ele algum dia vir a fazer, pelo medo constante das perdas que tem, pelo transtorno que refere dar, pelo medo de dormir numa cama estranha...

P é filho único. Nasceu no Porto, mas desde os 7 anos de idade que se mudaram para o Algarve. Saíram “de uma casa, ou melhor, de uma mansão com não sei quantos quartos para uma roulotte”, onde viveram durante alguns anos, num parque de campismo, até aos seus 13, 14 anos e depois mudaram-se para um apartamento. Aos 21 anos regressou ao Porto, para frequentar a faculdade e quando terminou, ingressou no Exército. Mais tarde regressou uns anos à vida civil, para “encontrar um rumo e definir objectivos” e, na altura do acidente, já tinha novo reingresso no Exército para poder finalizar o que tinha em mente. A mãe é professora e o pai reformado “por incapacidade mental”, desde os 55 anos de idade (teve dois

internamentos compulsivos na ala de psiquiatria no Hospital de Faro. “Não só devido ao álcool, mas a um surto”. O primeiro internamento durou 15 dias e o segundo 3 semanas. Desde o primeiro internamento que faz acompanhamento em ambulatório e fez uma avaliação, recomendada pelo médico de família, onde resultou 65% de incapacidade mental.)

Sendo filho único refere-se à sua mãe, “não diria galinha, mas...os meus pais nunca me puseram travão, mas a minha mãe sempre fez questão de estar perto. Até certa parte da minha vida, a minha mãe foi sempre como melhor amiga. Depois eu afastei-me”. A relação com o seu pai sempre foi diferente e distante, “era um rapaz passivo, calmo e meigo” e essas características apesar de estarem nele, estão camufladas numa “capa de álcool”. Apesar de sempre se lembrar do pai a beber, a situação agravou-se com a ida para o Algarve, os episódios de bebida eram mais acentuados e as discussões começaram a ser constantes, primeiro com a mãe e depois com ele. “Eu nunca o conheci de outra maneira. Sempre me deitou abaixo e nunca acreditou em mim, nunca potenciou o que eu tinha de bom, ele via-me como inimigo, só havia confrontação”. Refere ter havido dois ou três episódios em que ele falhou como pai e, embora sinta que o tenha desculpado, não perdoou. “Cometeu muitos erros e sempre foi muito massacrante, nunca deu paz ao lar.”

Esta proximidade que vê no futuro, no seu regresso a casa, vê-o como “um retrocesso”, como se “fosse um bebé que precisa da mãe aos 28 anos” e, “cada pedido que eu tenha que fazer, vou senti-lo como uma facada”.

Um dos objectivos do P, nos últimos tempos, era tornar-se independente dos pais e, com esta nova proximidade das pessoas, em geral, mais o sentimento de dependência se torna presente.

Ao longo dos nossos encontros o tema sobre “Sexualidade” esteve sempre presente, por ser o tema central do meu estudo e pelo facto de ser um tema de extrema importância para o P “A parte sexual ficou afectada e toda a minha situação não me dá coragem para pensar sequer em relacionar-me. Não concebo viver assim, isto para mim não é viver. Por mais autónomo que me torne, vou regredindo. Modificou-se a minha vida, os objectivos que tinha. Acho que não sou capaz e não tenho coragem dentro do que tenho para dar, ainda tenho algo para dar, ainda ter de dar isto, a minha situação...prefiro não dar a ninguém”. Antes da lesão, P refere nunca ter “valorizado muito a relação sexual”, considerando-se até um pouco conservador, agora “ter um relacionamento com uma mulher onde não há sexo, ou há de uma outra maneira, não dá. O perspectivar a procriação não estou preparado, nem sei se algum dia estarei. Sou muito renitente e, não concebo”.

Com esta situação em que se encontra, refere ter voltado a sentir-se “sem rumo, a ter uma descrença grande” nele, a sentir-se “isolado”, voltou a “desacreditar nas relações, nomeadamente com uma mulher”. O seu discurso no que se refere à sexualidade é muito descrente em relação ao futuro, mostrando-se bastante renitente quando se põe a hipótese de possíveis relações futuras. “Se a função sexual não funciona hoje, provavelmente não funcionará nunca. Perder uma panóplia de funções básicas, perder a função sexual e a masculinidade...isso é uma prisão, sinto-me preso. Neste momento não me sinto um homem. Sinto-me quase uma coisa que anda aqui em cima de uma cadeira de rodas. Um homem não se borra, não se mija, um homem não vê uma mulher a passar à frente e não sente desejo ou não reage, um homem não tem este tipo de questões, um homem olha para a frente e luta, batalha. Não me sinto uma mulher, mas neste momento sinto-me...não sei, parece que o tempo parou para mim.”

Quando teve conhecimento da existência das consultas de disfunção sexual no Centro, mostrou-se bastante interessado em frequentar, para poder ter um conhecimento mais aprofundado sobre o tema e para ter a possibilidade de poder tirar as dúvidas que lhe forem surgindo, bem como lhe permitir estar atento e informado sobre as novas técnicas que possam ser úteis ao caso dele. Pelo pouco tempo que esteve no Centro e somente pelas duas consultas que pode frequentar, apenas respondeu a uma primeira parte de um questionário médico e teve um encontro com a Dra. Elisabete, a psicóloga. Tinham chegado a acordo que seria pertinente darem continuidade à parte do apoio psicológico, mas entretanto P teve a autorização da transferência para o outro Centro, “tendo de deixar outra coisa a meio”, o que o incomodou bastante.

Quando o questioneei sobre a parte sexual, fez-me referência ao facto de não ter sensibilidade desde a cintura para baixo, tendo “erecção por epismo”, dependendo das posições, mas, com os espasmos e com as dores, não seria praticável. “Sempre acreditei numa entidade superior muito para lá da compreensão humana, mas não acredito em milagres. A ciência não é tão rápida quanto se quer. Por mais que consiga uma erecção sustentada por fármacos, e por mais que eu encontre alguém que faça uma vida assim comigo, vou-me sentir derrotado na mesma. Nunca foi primordial, mas agora que não tenho essa função, é muito peso. Sinto-me...sinto que fiquei incompleto”. A paternidade foi outro assunto abordado e também aí o P mostrou bastante preocupação, por ter tido a consciência de que a espermatogénese pode ir ficando bloqueada, perdendo capacidades, “há uma grande possibilidade de uma pessoa ficar estéril”. Falámos um pouco sobre a possibilidade da existência de alternativas e, depois de muito se informar, achou importante fazer uma recolha

de amostra para preservar o seu futuro. De todas as histórias que vai ouvindo nos corredores de Alcoitão, verbaliza-me um pouco de preocupação e “leva-me a concentrar-me no assunto e a ter uma descrença muito grande nessa parte. É não pensar tanto nisso e começar a resignar-me a uma vida celibatária, involuntariamente celibatária”. Durante a conversa, verbaliza ainda que “por mais reacções que se tenham, com ajuda e tal, fica sempre o trauma, o medo de não conseguir”.

Falámos sobre como era o “antes” e o “depois”, relativamente à sua vida sexual, e como sente que mudou, depois do acidente. “Até aos meus 19, 20 anos, estava muito mais satisfeito com a vida que levava. Depois, com todas estas reviravoltas, tornar-me mais frio e mais distante, menos auto confiante, com menos amor-próprio e menos auto-estima, tornou-se mais complicado relacionar-me. Mas...olhando para trás, acho que até tive uma vida sexual satisfatória. E agora, lá está como lhe digo, não vejo vida sexual. Não vejo nada, porque a libido parece que...parece que está a desaparecer. Quando estava mais optimista, numa fase mais optimista, pensava que se conseguir provocar uma erecção automática, que se lixe, gasto dinheiro e vou a uma prostituta, ao menos para ver e não ter aquele receio e aquela barreira social de...já recorri algumas vezes à prostituição e, não me choca muito”.

Aos 21 anos, disse-me ter sentido algumas dificuldades em relacionar-se com o sexo oposto, chegando-se a questionar o “porquê? Porque é que eu, será que tenho interesse por homens?” Depois de “algum tempo de abstinência sexual”, não se esforçava em procurar e refere ter chegado mesmo a rejeitar, chegou à conclusão que era “falta de coragem, no fundo era medo. Esses medos começaram a aparecerem em mim. Medo de falhar, de avançar, de triunfar”. Define-se como uma pessoa com dificuldade em se relacionar, em se dar a conhecer e em arriscar. Quando falávamos sobre relacionamentos, falou-me um pouco sobre o seu último relacionamento. Definia-se dizendo “ nunca fui ciumento nem possessivo, sempre apostei na confiança e na sensibilidade das pessoas em estar bem ou não. Sempre senti confiança nos meus relacionamentos, agora faz-me confusão. Ou encontro uma pessoa que de facto me dá muita confiança e me prova que gosta de mim como eu estou e não precisa de mais nada, o que presumo ser difícil de encontrar, ou prefiro nem experimentar”.

Apesar de sentir uma vontade em arriscar e em tentar encontrar alguém, está constantemente presente um medo latente de falhar, de não estar à altura. Sinto que o P sabe que tem muita coisa para dar, mas primeiro penso que se deve encontrar nesta sua nova realidade, para depois estar preparado para o que o futuro reserva.

Estive com o P quatro vezes e, na última vez, apliquei um questionário e falámos um pouco para finalizarmos os nossos encontros.

Capítulo VII – Resultados

Análise da Escala de Diagnóstico Psicanalítico

Tab. 1 - Avaliações							
Entrevistador				Observador			
Pontuações				Pontuações			
A				A			
1	-	a	(1)	1	-	a	(1)
2	-	a	(1)	2	-	a	(1)
3	-	a	(1)	3	-	a	(1)
4	-	a	(1)	4	-	a	(1)
4				4			
B				B			
5	-	a	(1)	5	-	b	(2)
6	-	a	(1)	6	-	a	(1)
7	-	a	(1)	7	-	a/b	(1,5)
3				4,5			
C				C			
8	-	b	(2)	8	-	b	(2)
9	-	a	(1)	9	-	a	(1)
10	-	a	(1)	10	-	a	(1)
11	-	a	(1)	11	-	a	(1)
5				5			
D				D			
12	-	a/b	(1,5)	12	-	b	(2)
13	-	a	(1)	13	-	a	(1)
14	-	b	(2)	14	-	b	(2)
15	-	a	(1)	15	-	b	(2)
5,5				7			

Através da análise deste quadro, podemos verificar que ambos, entrevistador (eu) e observador (Prof. Doutor Rui), têm a mesma impressão acerca do caso P, existindo, em geral, um consenso em relação à cotação efectuada por ambos, para o mesmo caso.

P é um jovem de 28 anos, portador de um bonito sorriso que esconde uma dor constante, camuflada num olhar expressivo e atento. Ao longo dos encontros que fomos tendo, P evidenciava um discurso fluente e coerente, utilizando uma linguagem suficientemente rica, expressando de forma correcta os seus pensamentos. Através da fluidez do seu discurso e da clareza com que foi relatando os acontecimentos, quase me permitiu uma visualização de tudo o que me foi contando.

P descreve de forma suficientemente precisa os seus sentimentos, tendo consciência dos mesmos, permitindo, deste modo, ter acesso ao seu mundo mental, conseguindo pensar sobre os sentimentos que vai verbalizando nos encontros. Ao longo das nossas conversas, esteve presente o pensamento de morte, bem como a sua verbalização, (“Eu não tenho irmãos e, se não fossem as duas pessoas mais directas, que eu sei que seria injusto mesmo para eles, eu equacionava a hipótese de suicídio. Tenho tido amigos, tenho tido essa prova, mas não tem sido suficiente para me agarrar. Isto não é viver, é sobreviver”), afirmando mesmo que, se tivesse poder de escolha, preferia ter ficado no acidente. Refere ainda que são os pais que o mantêm conectado com a realidade, servindo-lhe como uma âncora.

P está consciente das suas dificuldades e, apesar de ter consciência dos problemas que a sua nova realidade representa, mostra-se realista e confiante na possibilidade de os resolver. É uma pessoa “realista e racional”, bastante interessada em procurar saber mais sobre a sua lesão, de modo a permitir-lhe melhor qualidade de vida, aceitando a ajuda que lhe é facultada, quer pelos pais e amigos, quer pela equipa médica que o acompanhou no seu internamento, em Alcoitão. P define-se como uma pessoa independente e autónoma e, apesar de aceitar toda a ajuda, sente-a como “uma facada” (parafraseando P). Apesar de aceitar a ajuda e apesar da consciência que tem sobre a sua situação, sinto que, tendo em conta o facto de P ser uma pessoa bastante independente de tudo e de todos, e de ser bastante persistente quanto aos seus pensamentos, poderá haver uma dificuldade na adaptação face à sua nova realidade, evitando qualquer pensamento sobre as possibilidades relativamente ao seu Futuro (a nível profissional, relacional e familiar).

Face às várias situações que geram frustração, reage com um nível de tolerância suficientemente adequado, manifestando-se através da verbalização de sentimentos de mal-estar, não utilizando a passagem ao acto, em termos comportamentais. Tem a capacidade de pensar sobre assuntos de natureza angustiante, demonstrando uma boa capacidade de planeamento e pensamento, tendo ainda a capacidade de observação e tomada de consciência sobre as coisas.

P possui a capacidade de fantasiar sobre o outro e sobre os estados emocionais do mesmo. Quando se refere aos sentimentos ou intenções daquele, fá-lo com a finalidade de se aproximar empaticamente, de modo a estabelecer uma comunicação. Muitas vezes, P projecta no outro os seus próprios sentimentos (por exemplo, refere ter medo de ir para casa pelo transtorno que vai provocar aos pais, mas é ele que se sente como um peso, sentindo-se dependente da ajuda do outro).

P assume uma atitude activa face à resolução dos problemas que verbaliza. Este papel activo é, portanto, um reflexo pelo facto de P ter consciência de que os seus problemas dependem sobretudo dele. Por exemplo, está claro, na cabeça de P, o papel que ele mesmo ocupa relativamente à sua recuperação, tanto no Centro de Alcoitão, como fora dele. Ao longo das quatro entrevistas realizadas, deu para perceber que P tem a capacidade de distinguir os problemas que dependem de si próprio dos que dependem de factores externos a ele.

Desde o primeiro momento que P desencadeou em mim uma vontade sincera de o poder ajudar e a minha entrega total neste trabalho e na predisposição de estar com P, de modo a permitir conhecê-lo um pouco melhor. Com o evoluir dos nossos encontros, fui-me sentindo cada vez mais próxima dele, sempre com um interesse genuíno pelo mesmo e pela sua história. Ao longo dos dois meses que estive com P, ele passou por três fases: uma primeira muito moralizada, aceitando a ajuda e com um sentimento de motivação para trabalhar e recuperar o que pudesse, tendo como objectivo ganhar a sua independência e autonomia; uma segunda fase mais desmoralizada, em que estava presente um sentimento de “descrença, resignação e isolamento” e, por fim, uma última fase, novamente mais moralizada, com força para retomar o trabalho, com a sua entrega total. Durante o tempo que estive com P, sinto que de alguma maneira o ajudei, concedendo-lhe um espaço onde ele pudesse sentir segurança e atenção genuínas mostrando-lhe que eu estaria dedicada e interessada na sua história. Assim como P, também eu estava nervosa, no início dos nossos encontros; no entanto, esse nervosismo foi-se esbatendo ao longo do tempo, tendo esse envolvimento mútuo criado uma relação empática entre nós, ficando em mim um sentimento verdadeiro de curiosidade pela pessoa que estava à minha frente.

Com o decorrer das entrevistas, fui percebendo a capacidade que P tem em estabelecer uma boa comunicação e, apesar de emitir alguns sinais de nervosismo e ansiedade, estes foram diminuindo ao longo dos encontros. P ganhou confiança em mim e percebeu o meu interesse por ele e pela sua história, o que permitiu a adaptação um ao outro.

Em geral, P assume uma posição de tranquilidade e segurança face ao outro, sentindo que é aceite em todas as suas áreas de relação com os outros, quer a nível familiar ou no seio dos seus amigos, quer no ambiente hospitalar (como aconteceu durante a sua reabilitação em Alcoitão).

Como disse anteriormente, P tem uma boa capacidade de verbalizar os seus sentimentos, mantendo um bom contacto com os seus aspectos mentais que considera maus (inveja, raiva, ressentimento, etc.), sendo capaz de manter um diálogo coerente. Consegue construir todo o seu desenvolvimento e crescimento, baseando-se nas suas experiências boas, mas tendo a

capacidade de incluir também as que lhe provocam algum tipo de ansiedade. É através deste contacto com as experiências más e boas que P toma consciência das suas dificuldades e que encontra alternativas para as ultrapassar.

P tem um bom contacto com a realidade, bem como com todos os que o rodeiam, tendo consciência dos seus sentimentos de culpa, utiliza-os na tomada de consciência de tudo o que pode ser resolvido e/ou modificado, sem demasiada exigência ou perfeccionismo.

Na primeira entrevista, P definiu-se como sendo uma pessoa “destemida, corajosa, aventureira”, mas, depois do acidente, refere ter mudado, definindo-se como uma pessoa “realista, racional, mas, por vezes, pessimista”. Disse ser uma pessoa inconstante, que, quando está tudo bem, nada o pára, mas, quando sente que algo está mal, isola-se das pessoas e fecha-se no quarto preso a um computador, sendo este o único meio de transporte que o permite “viajar” para o resto do mundo, através da internet. Apesar do sofrimento em que P manifesta estar, penso que pode utilizar os seus sentimentos de culpa para modificar a sua situação interna e as suas atitudes em relação ao outro, mantendo confiança nas suas próprias capacidades, de modo a ultrapassar os seus problemas e dificuldades de forma mais estável.

P tem a capacidade de se dar conta das consequências dos seus actos e do impacto e sentimentos que estes podem causar no outro. Tem consciência de si, como ser diferente do outro, com os seus deveres e obrigações, responsabilizando-se pelos seus actos. Tem a capacidade de se responsabilizar e de tomar consciência dos aspectos mais imaturos de si próprio.

A respeito do aspecto depressivo da mente, tanto eu como o observador estamos de acordo em como, muitas vezes, P se sente de certa forma oprimido pelos seus sentimentos de culpa, manifestando com alguma frequência a necessidade de se libertar deles através de actos de reparação imediata.

Apesar do sofrimento em que se encontra, P continua a manifestar interesse, preocupação e atenção perante as dificuldades do outro, mostrando-se capaz de se preocupar com o bem-estar e com o mal-estar do outro.

P recorre a mecanismos de defesa mais primários e menos maduros, que lhe permitem uma melhor adaptação e facilitação em todo o seu processo de organização. Utiliza, por exemplo, a identificação projectiva e a agressividade, que lhe serviram como defesa face à frustração e à depressão.

A apresentação da Escala faz-se de modo uniforme e congruente por parte do entrevistador e do observador. No caso de algumas subescalas, o entrevistador, tendo em conta o facto de ser a pessoa com mais contacto directo com o paciente e que, por isso, pode

usar de uma melhor forma a contratransferência, consegue pontuar, embora o observador não o consiga fazer de igual modo. Podemos observar, em termos gerais, a existência de um consenso relativamente às cotações, quer do entrevistador, quer do observador, constatando-se, por comparação, pequenas diferenças nas cotações das dimensões B (“Identificação Projectiva”) e D (“Dimensão Depressiva”).

Relativamente à dimensão da “Identificação Projectiva”, constata-se uma ligeira diferença na pontuação do entrevistador em relação à do observador, excepto no parâmetro da localização da fonte dos problemas, evidenciando-se uma capacidade de implicação do paciente na sua própria problemática, tendo este consciência da mesma.

No que se refere à dimensão da “Posição Depressiva”, observamos alguma discordância na pontuação. P é uma pessoa com uma boa capacidade para enfrentar os problemas, confiando nos seus próprios recursos, tendo confiança e consciência da existência dos mesmos. No que diz respeito à preocupação com o outro, pelo contacto que fui tendo com P, pude perceber que este possui uma boa capacidade de atenção para os problemas do outro., tendo consciência da existência desse outro como um ser diferente dele mesmo.

Conclusão do caso P

Ao longo dos nossos encontros, não pude deixar de esquecer o tema central do meu estudo, a Sexualidade, tentando incluí-lo sempre na base das nossas conversas. Quando estive com ele pela primeira vez, expliquei-lhe todo o conteúdo do estudo que pretendia realizar e abordei também o tema central do trabalho a efectuar, a Sexualidade. Desde o primeiro momento, P mostrou-se interessado em participar e em ajudar-me com a partilha da sua história, não se mostrando renitente em falar de um assunto tão pessoal e de difícil abordagem, considerado ainda assunto tabu para a generalidade dos membros da nossa sociedade. Todo este à-vontade e a maneira como P se organiza perante toda a temática da Sexualidade e a partilha com quem o entrevista, só fez aguçar em mim, ainda mais, a curiosidade em perceber como alguém com este tipo de lesão vive e sente a sua sexualidade. A necessidade de partilhar com alguém os seus pensamentos e dúvidas sobre este tema abordado, foi algo que senti sempre presente nas conversas que fomos tendo. Será por P se sentir perdido e “sufocado”, pelo facto de ter perdido uma função tão importante e que caracteriza, de certa forma, a masculinidade?

O discurso de P é marcado por frases que tomam uma força muito significativa, pelo peso que possuem as palavras que usou, demonstrando, através de sentimentos, a maneira como vive e lida todos os dias com a sua lesão e com o que sente ter perdido (parafrazeando P“...não concebo viver assim, isto para mim não é viver...acho que não sou capaz e não tenho coragem, dentro do que tenho para dar, ainda tenho algo, ainda ter de dar isto, a minha situação...se a função sexual não funciona hoje, provavelmente não funcionará nunca. Perder uma panóplia de funções básicas, perder a função sexual e a masculinidade...isto é uma prisão. Sinto-me preso...sinto-me uma coisa que anda em cima de uma cadeira de rodas. Um homem não se borra, não se mija, um homem não vê uma mulher passar à frente e não sente desejo ou não reage, um homem não tem este tipo de questões...olha para a frente e luta, batalha. Não me sinto uma mulher, mas neste momento sinto-me, não sei... parece que o tempo parou para mim...sinto-me, sinto que fiquei incompleto”).

Centrando-me nos aspectos estruturantes do sujeito sinto que, de certa forma, o P tem a necessidade que o outro lhe confirme a imagem partida da sua masculinidade, como que um desejo narcísico, uma fantasia, de encontrar alguém (que funcione como alimento) para crescer com ele e, deste modo, poder fugir à solidão e à dor depressiva ou até mesmo para evitar um contacto íntimo, num plano afectivo. Quando estamos em contacto com zonas mais

abandonadas do nosso mundo mental, as faculdades defensivas e/ou adaptativas, no confronto com essas situações novas e imprevistas, são reveladoras de mecanismos complexos. Ao longo dos encontros a relação entre mim e o P foi-se instalando de uma maneira fluente, e sinto que P foi ganhando o seu espaço permitindo deste modo o crescimento de um vínculo entre o entrevistado e o entrevistador, o que permitiu a P entregar-se na veracidade do seu discurso.

Os sentimentos de desvalorização, por ele mesmo e pelos outros, e de perda são uma constante, tanto no seu discurso verbal, como na sua linguagem corporal. A visão de si mesmo como um objecto total encontra-se fragilizada, e, no seu lugar está a imagem de um objecto parcial e incompleto, onde é deflectida a sua agressividade, desencadeando em P sentimentos de impotência e de perda identitária (“Quem sou eu? O que sou eu?”). Toda esta agressividade promove em P uma expressão de Angústia de Castração, um medo e uma ansiedade constantes de perder o seu objecto de reparação (actividade do Ego que tem como finalidade restaurar o objecto amado ferido). O medo persistente de falhar e não estar à altura dos outros, promove a fantasia interna e o pensamento constante: “o que eu imagino que o outro pensa e espera de mim? Como sinto que os outros me vêem?”, havendo, por vezes, uma anulação da pessoa, um sentimento de não satisfazer o outro. (“medo de falhar, arriscar (...) tudo o que eu tenho para dar, não chega”). Este pensamento e ansiedade subjacente de avaliação que coloca no outro (“o que o outro acha de mim? O que espera de mim?”), leva ao evitamento e contacto com o mesmo e a uma desvalorização da individualidade do outro e sua concepção como objecto total. Este pensamento remete para a inconstância do objecto identitário.

Com o contacto que mantive com P, sinto que ele anda à procura do que ele é. Penso que P evoluiu bastante, tendo uma boa indicação para acompanhamento futuro (tanto no Centro, como depois de sair) sendo uma mais valia para o seu crescimento interno. Tem a capacidade de ouvir, entender e aceitar o que lhe é dito, fazendo sempre o pensamento sobre o que vai sentindo. Senti uma evolução no seu comportamento, passando de um sentimento e estado de “pedido de ajuda e atenção”, para um sentimento mais apaziguante entre ele mesmo. Será importante fazer um trabalho no sentido de encaminhar P para uma reconstrução do objecto bom/valorizado, de forma a readaptar e reeducar P a estar na relação de intimidade afectiva com o outro.

Em síntese, P é uma pessoa com uma boa capacidade de comunicação com o outro, tendo um excelente contacto e uma boa ressonância afectiva. A tristeza sentida por P parece-me adequada à sua situação, mostrando durante o seu internamento uma aceitação às regras e

limites impostos pelo Centro de Alcoitão. Ao longo dos nossos encontros foi visível a consciência de tudo o que se passa consigo, verbalizando e elaborando sempre tudo o que foi sentindo. É uma pessoa activa e colaborante, tanto no processo de consciencialização da lesão, bem como no tratamento da mesma e, apesar de se estar a adaptar a esta sua nova realidade, de certa forma, continua a investir na vida (aspecto positivo do seu Ego).

É uma pessoa com poder de decisão, mantendo uma boa capacidade em estabelecer relações com o outro, possuindo também um pensamento organizado e coerente.

Este jovem tem um locus de controlo interno, responsabilizando-se pelo seu tratamento, tendo uma boa capacidade de tratar dele próprio. Demonstra, também, ter uma boa capacidade de pensar nas coisas com maturidade e consciência, de modo a mostrar aos seus familiares (rede de suporte emocional, cujo apoio é essencial para o seu processo de reabilitação) a sua evolução, permitindo ao P não deprimir, tendo deste modo, também, um locus de controlo externo.

P tem um bom contacto com a realidade, tendo a capacidade de elaborar as perdas e mantendo boa tolerância à frustração. Usa as partes boas e más do self em todo o seu crescimento e na relação com o outro. O contacto saudável com os seus sentimentos permite-lhe ter acesso ao seu mundo mental.

Consegui estabelecer, desde o início, uma relação saudável, empática e prazerosa, para ambas as partes, com o P e por isso mesmo sinto que o ajudei neste seu internamento em Alcoitão, apesar de terem sido poucos os nossos encontros. Foi uma pessoa que, desde logo, entendeu o porquê do estudo a realizar, prontificando-se a colaborar, e percebeu aquele espaço como sendo dele, usufruindo da melhor maneira possível.

Por questões transferências, penso que o processo terapêutico seria mais facilitado com um terapeuta homem, tendo em conta o facto de o contacto com uma terapeuta mulher poder, ainda que de uma maneira inconsciente, provocar ansiedade no paciente, podendo deste modo desencadear mecanismos de defesa mais regressivos e intensos, originando assim processos de identificação inconsciente. No inquérito que foi aplicado a P é de realçar o à-vontade com que este expôs a sua intimidade e as suas dúvidas sobre o tema, o que me levou a pensar se as suas respostas poderiam ter sido diferentes, caso o entrevistador fosse do sexo masculino. É ainda de realçar a importância da necessidade de estar com um grupo igual (heterogéneo em termos desenvolvimentais, ou seja, grupos iguais, mas em etapas de desenvolvimento diferentes), podendo-se estruturar actividades no Centro (desportos colectivos) onde estejam presentes factores de identificação e onde os pacientes possam investir afectivamente uns com os outros, de modo a auxiliar a reconstrução identitária e sexual.

Análise do Questionário

Antes dar início à análise propriamente dita, interessa referir que, tendo em conta o facto de ser um questionário com perguntas fechadas, será realizada uma análise descritiva das mesmas.

As perguntas 3, 4, 7, 10, 13, 14, 15 e 16 não foram respondidas por P, uma vez que aquele não tem um relacionamento actual e também não iniciou, ainda, a sua vida sexual, após ter ocorrido a lesão.

1- Considera que tem direito a alguma forma de satisfação sexual?

Como resposta a esta pergunta, P considera que tem direito à satisfação sexual.

2- Desde o aparecimento da sua incapacidade, voltou a ter relações sexuais?

Nesta questão, P respondeu que não.

A explicação avançada para esta resposta pode prender-se com o facto de P ainda se encontrar em processo de reabilitação, o que faz com que a sua principal preocupação sejam as sequelas físicas, e com o facto de ele se querer tornar o mais autónomo e independente possível. Embora esta possa ser uma razão, P demonstrou, ao longo dos encontros, grande preocupação e interesse pela sua reabilitação no contexto da sua sexualidade.

5- É capaz de ter relações sexuais?

A esta pergunta, P responde assinalando a opção “tantas vezes quantas a sua companheira deseja”.

Nesta resposta, deve ter-se em conta o facto de P ainda não ter iniciado a sua actividade sexual após a ocorrência da lesão e, ainda, o facto de este questionário ter sido aplicado por uma investigadora, pode ter fomentado a necessidade de P dar uma imagem diferente, quanto ao seu possível desempenho.

6- A sua companheira atrai-o sexualmente?

A resposta dada por P a esta pergunta foi “mais ou menos”.

Até à data das entrevistas e da aplicação do questionário, P referiu não ter nenhum relacionamento actual, embora tenha mantido um relacionamento antes do acidente. Assim, depreende-se que esta resposta se refere à sua antiga companheira e, deste modo, pode estar ligada ao tipo de relacionamento existente antes do aparecimento da incapacidade, pois, como foi referido por P, a sua relação era um pouco atribulada, uma vez que era vivida por duas pessoas que, segundo aquele, tinham feitios diferentes.

8- Gostaria ou poderia participar nas seguintes práticas sexuais?

Como resposta a esta pergunta, P assinala todas as opções disponíveis, nomeadamente a “masturbação do próprio”, “fazer um 69”, que “a companheira o masturbe”, “fazer sexo oral”, “masturbar a companheira”. Nesta questão, foi dito ao P que poderia ter mais do que uma escolha., tendo ele, então, acrescentado a opção de “coito”.

Como possível explicação para a selecção de todas as opções possíveis, surge o factor “idade” e o facto de ser homem/jovem, o que poderá conduzir a uma menor inibição e conservadorismo na resposta dada.

Outra explicação possível pode pender-se com o facto de P ainda não ter iniciado a sua actividade sexual e, por essa razão, poder transmitir, à entrevistadora, a ideia daquilo que, na verdade, ele desejaria alcançar.

9- Considera que tem a possibilidade de satisfazer a sua companheira em algumas das formas descritas?

P respondeu afirmativamente.

A explicação para esta resposta vai no sentido da avançada na questão anterior e, deste modo, pode estar relacionada com o facto de P não manter, no momento actual, nenhum relacionamento. A sua resposta pode ter por base o desejo latente de concretizar as suas fantasias, em relação à sua sexualidade.

10- Aborrece-o o facto de a sua esposa não poder ou não seguir as mesmas práticas sexuais?

Nesta questão foi perguntado se ficaria aborrecido com o facto de a parceira não seguir as mesmas práticas sexuais. P responde negativamente.

11- Aborrece-o o facto de não querer ou não estar apto a corresponder ao mesmo nível da sua parceira no acto sexual?

A esta pergunta, P diz que sim.

O facto de P dar esta resposta vai ao encontro do que foi falado durante as conversas, transmitindo a ideia de que existe “um medo latente de falhar”. Nesta pergunta, o facto de o questionário ter sido aplicado por uma investigadora não teve um papel inibitório e P limitou-se a comunicar o que foi transmitindo ao longo dos encontros. Pelo facto de a questão da sexualidade ainda não ter sido trabalhada por P, este é um tema que incute nele medos e receios.

12- Desde o aparecimento da sua incapacidade, como se sente antes de iniciar (ou pensar) o acto sexual?

Nesta questão, P assinalou as opções: “sentimento de insegurança” e “sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade”.

Esta resposta vai ao encontro do que foi mencionado na resposta anterior, ou seja, os medos e os receios, relativamente à sexualidade, são uma constante na vida de P. Esta resposta pode ainda estar relacionada, por um lado, com o tipo de patologia, dado que as lesões medulares têm uma maior interferência na esfera sexual e, por outro lado, com o facto de, para os homens, a relação sexual ter um papel importante, uma vez que esta se centra essencialmente sobre o desempenho sexual.

17- Dê cinco exemplos de problemas que surgiram na sua vida sexual em consequência da sua incapacidade.

Os problemas enunciados por P foram os seguintes: incapacidade de erecção; incapacidade de ejaculação e orgasmo “tradicional”; possibilidade de se verificar uma esterilidade; dificuldade na mobilidade e, por fim, espasticidade.

É necessário referir que, em função da patologia, podem surgir outros tipos de problemas, nomeadamente relacionados com o nível da erecção, ou porque têm dificuldade em obtê-la, ou porque precisam de mais tempo para alcançá-la; possível diminuição do apetite sexual; dificuldade em adoptar posições mais flexíveis; necessidade de uso contínuo de algália; entre outros.

Qual a importância da vida sexual, enquanto homem?

Esta pergunta não faz parte do questionário, servindo apenas para dar a possibilidade de P transcrever por palavras o que sente, quando se remete a pergunta para o campo da masculinidade.

Como resposta a esta questão, P diz: “Muita, o que suscita em mim sentimentos de incapacidade, amputação, perda de dignidade e masculinidade”.

Esta resposta vai ao encontro de todo o seu discurso ao longo das sessões.

Reflexão do questionário

Após se ter avançado algumas explicações para os resultados obtidos, parece pertinente proceder a uma reflexão final, a qual terá como objectivo salientar alguns aspectos importantes deste caso, tentando fazer o enquadramento teórico sobre a temática em estudo.

Num primeiro momento iremos tecer algumas considerações sobre a sexualidade na incapacidade adquirida, uma vez que existe ainda o pensamento erróneo de que as pessoas com incapacidade física não valorizam a sua sexualidade. Para corroborar esta ideia, debruçando-nos sobre o autor Ducharme et al (1992), este diz-nos que a sexualidade de um sujeito não é determinada por características e/ou capacidades físicas, o que faz com que não se deva julgar a pessoa com deficiência física como incapacitado de exercer o seu ser sexual.

No que refere à Sexualidade na patologia em estudo, a Satisfação Sexual é referida, por P, como um direito que este tem., embora seja também referido, de certa forma, a ocorrência de uma diminuição da Satisfação Sexual, após a incapacidade. A explicação para este aspecto prende-se com o facto de, a esta patologia, estar associado um maior número de implicações na esfera sexual. No caso de P, tendo em conta o facto de este ainda não ter retomado a prática da sua actividade sexual, podemos perceber a importância que esta dimensão tem na sua vida e na maneira que aquele tem de encarar a mesma.

O comportamento Sexual foi outro aspecto analisado e, à semelhança de outros estudos realizados onde foram abordados aspectos relacionados com a erecção e o orgasmo, pode-se concluir que, no caso das lesões Vértebro-Medulares, ocorre uma diminuição ao nível da erecção. Este aspecto foi-nos referido por P, em um dos nossos encontros, dizendo que:

Eu tenho erecção por “epismo”...dependendo das posições. Quando estou em dorsal, mas lá está, estou com dores abdominais, com espasmo. Assim também não é praticável...Assim que se dobra as pernas e perco a espasticidade, a erecção vem. Por mais que eu consiga ter uma erecção sustentada por fármacos, e por mais que eu encontre alguém que faça uma vida assim comigo, vou-me sentir derrotado na mesma. (P., Segunda entrevista, P 87)

No que se refere aos sentimentos em relação à sexualidade, existe sempre um sentimento de insegurança e de preocupação de, perante o outro, falhar. Não nos podemos esquecer de que para o homem o desempenho sexual é muito valorizado e, deste modo a finalidade é a de poder transmitir ao outro prazer. Quando esta valência se encontra lesionada, surgem sentimentos mais negativos e pessimista em relação à Sexualidade.

Por fim, no que se refere aos problemas após o aparecimento da incapacidade, pode-se perceber os “medos” e as “preocupações” que surgem como consequência desta lesão. Todos os problemas mencionados por P, prendem-se com questões mais funcionais, mas também com questões relativas ao seu futuro, quando faz referencia à possibilidade de “esterilidade”.

A última pergunta, apesar de não fazer parte do questionário, foi importante para se poder perceber como P vivencia a sua vida sexual e como ele se sente em relação a todas as mudanças que surgiram como consequência desta lesão.

PARTE III – Considerações finais

Ao concluirmos, importa referir que as entrevistas realizadas com o P foram uma fonte preciosa de informação. A análise do discurso das mesmas revelou dados interessantes acerca da maneira como este adulto com Lesão Vértebro-Medular vivência a sua sexualidade, tendo em conta a sua nova condição física.

Com este estudo não pretendemos chegar a conclusões nem a respostas concretas, tendo em conta o facto da amostra em causa ser reduzida e, deste modo não podemos generalizar as conclusões. O objectivo da realização deste estudo, foi apenas o de aprofundar e tentar engrandecer o conhecimento sobre o tema central mas, apesar disso, chegámos a algumas conclusões:

Muitas das pessoas com este tipo de lesão não se sentem suficientemente informadas sobre questões relacionadas com a sexualidade. Se por um lado podemos atribuir este aspecto à inibição que não as deixa pedir informação, por outro lado podemos associar esta ausência de informação ao próprio contexto hospitalar que não se assume como um espaço disponível para a discussão deste problema;

Podemos concluir também que, por um lado, algumas pessoas que possuem uma personalidade com uma baixa auto-estima e que, antes da lesão, privilegiavam os aspectos funcionais e do desempenho sexual, sentem uma grande impotência (que toma destaque sobre a impotência real), não conseguindo destacar a importância da pessoa afectiva, cognitiva e singular. Por outro lado, acontece também, as pessoas que não privilegiavam os aspectos funcionais e do desempenho sexual, passam a dar extremo valor e importância a este tipo de questões, sentindo também grande impotência. Por este motivo, é frequente acabarem as relações com os namorados ou com os conjugues, porque, de certa forma, sentem que já nada podem dar ao outro, o que denuncia uma vivência da sexualidade a um nível mais funcional;

É importante não esquecer que existe uma incapacidade funcional real e, deste modo, é importante ajudarmos a pessoa a redefinir a sua sexualidade, não esquecendo que esta não se limita à funcionalidade, mas que envolve sobretudo uma afectividade que pode ser explorada a vários níveis.

Limitações do estudo e propostas de investigação futuras

Ao equacionarmos a relevância desta investigação, é pertinente referir as suas limitações bem como as possíveis implicações para futuras investigações.

O trabalho realizado com este tipo de população foi extremamente gratificante, mas ao longo da sua realização, encontrei algumas dificuldades e limitações.

Por um lado, uma limitação encontrada foi o facto do questionário final, ter sido realizado por uma entrevistadora, o que pode ter provocado no sujeito algum tipo de constrangimento e ter interferido no à-vontade do paciente em abordar um tema complexo e pessoal, como a Sexualidade.

Outra dificuldade sentida foi o facto de este tipo de instrumento, a Escala Psicanalítica, poder causar confusão, quer no entrevistado quer no entrevistador. Em primeiro lugar, por ser tão pouco tempo para se criar uma relação de confiança e, em segundo lugar, por poder ocorrer, ainda que de uma maneira inconsciente, troca de papéis. É sempre necessário esclarecer, desde o primeiro encontro, os papéis que cada um ocupa.

É importante referir que este estudo se limitou apenas ao estudo de um caso e à história do mesmo. Deste modo, os resultados obtidos não são possíveis de generalizações para o resto da sociedade com este tipo de lesão.

Ao nível de futuras investigações, torna-se relevante perceber a problemática em estudo, para um número de sujeitos com L.V.M. mais alargado.

A maneira como é sentida e vivida a Sexualidade na deficiência é um tema que desperta o interesse e a curiosidade nas pessoas. Tendo em conta o facto da vivência da Sexualidade variar de pessoa para pessoa, seria interessante aprofundar e tentar perceber um pouco mais sobre este assunto.

Seria interessante perceber e compreender, de uma forma mais aprofundada, como se readapta um paciente com lesão Vértebro-Medular à sua sexualidade e a todas as mudanças que advém como consequência deste tipo de lesão.

Referências Bibliográficas

- Abrantes, P. Sexualidade e Doença Crónica. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds), *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar* (Vol. I), (pp. 512-530). Coimbra: Editora Quarteto.
- Albuquerque, A. (2003). Introdução. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds), *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar* (Vol. I), p. 13. Coimbra: Quarteto.
- Aguilar, J., Oliva, M., Marzani, C. (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades Humanas, Amor e Loucura*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cardoso, J. M. S. (1996). *Desempenho e satisfação sexuais em sujeitos traumatizados Vértebro-Medulares*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cardoso, J. (2000). *Adaptação Psicológica à lesão Vértebro-Medular: Da centralidade da doença à centralidade do sujeito*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade masculina pós-lesão Vértebro-Medular*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Cardoso, J. (2003) Reabilitação Sexual Pós Deficiência Física: Modelo Multidimensional. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 37, 5-10.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade e Deficiência Física*. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds), *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar* (vol. I). (pp. 499-511). Coimbra: Editora Quarteto.

- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e Deficiência*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Correia, P. & Melo, F. (1999). Encéfalo. In P. Correia (Ed.) *Anatomofisiologia: Tomo II. Função Neuromuscular*. (pp. 37-67). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana Edições.
- Cunha, M. (2004). *A imagem corporal*. Autonomia 27: Santarém.
- Dicionário Houaiss da língua Portuguesa (3 vols.) (2003). Instituto António Houaiss. Lisboa: Temas e Debates.
- Drench, M. (1992). *Impact of altered sexuality and sexual function in Spinal Cord Injury: A review Sexuality and Disability*. 10 (1), pp. 3-13.
- Ducharme, S. (2000). *The Rehabilitation of people with Spinal Cord Injury: Sexual and Spinal Cord Injury*. Boston: Blackwell Science Publishers.
- Freitas, F. Pereira, M. (2002). *Educação Sexual: contextos de sexualidade e adolescência*. Edições: ASA.
- Fonseca, E. M. (1976) *Reabilitação do traumatizado Vértebro-Medular internado num serviço de especialidade*. Comunicação apresentada no I colóquio Nacional de “Enfermagem e o Sinistro automóvel”, Figueira da Foz.
- Galhordas, J. & Lima, P. (2004). *Aspectos Psicológicos na Reabilitação*. In Re (habilitar). Revista da ESSA, núm.3. p (35-48).
- Galhordas, J., Lima, P., Ouakinin, S., & Silva, C. (2004). *Luto e Depressão na lesão Vértebro-Medular*. Cidade solitária, 11, ano VII, 122-125.
- Galhordas, J. (2006, Janeiro). *Impacto psicológico da lesão Vértebro-Medular*. Saúde Estudo. Consultado em 20 de Junho de 2007 através de http://www.scml.pt/media/revista/rev_15/lesao_vert_medular.pdf

- Glass, C. A. (1999). *Spinal Cord Injury: Impact and coping*. UK: BPS Books.
- Glassman, W. E., & Hadad, M. (2006). *Psicologia: Abordagens actuais*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Grinberg, L. (2001). *Teoria da Identificação*. Climepsi Editores.
- Henriques, F. (2004). *Paraplegia: Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida*. Coimbra. Formasau.
- Henderson, Jeffrey – Grek Attitudes Toward Dex, 1988, *Before Sexuality, The Construction of Erotic Experience in the Ancient Grek World*, Editado por Halperin, David. M.; Winkler, JohnJ.; Zeitlin, Froma I., 1990, Princeton University Press.
- Kaplan, H. S. (1983). *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lianza, S., Casalis, M. E. P., Greve, J. M., e Eicheberg, R. (2001). *A Lesão Medular*. In S. Lianza (coord. /Ed.), *Medicina de Reabilitação* (3ª Ed., pp. 299-322). Rio de Janeiro: Cuanabara Koogan.
- Lopez, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Marques, E. M. B. G. & Silva, M. L. F. C. B. (2000). *Educação para a Saúde/Sexualidade...uma experiencia a partilhar...*In Dourado, L., Henriques, R., Lacerda, T., Precioso, J., Vilaça, M. T., Viseu, F. (coord.) *Educação para a Saúde*. Braga. Universidade do Minho.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (vol.II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Oliveira, R. A. (1999). *Psicologia e reabilitação dos deficientes físicos*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional, “Interfaces da Psicologia”, (vol. II, pp. 201-208).

- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação física*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, R. A. (2002). Para pensar...a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica*, 20 (3), 471-478.
- Organização Mundial de Saúde (1980). Retirado da Web de www.entreamigos.com.br.
- Pacheco, R. D. (2004). *Condições de vida e saúde das pessoas portadoras de deficiência física em botucatu, SP*. Retirado da Web de <http://www.scielo.br/pdf>.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Palha, A. P. (2003). Avaliação Psicológica das disfunções sexuais. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds), *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar* (vol. I), (pp. 31-46). Coimbra: Editora Quarteto.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinielli, J. L. & Fernandez, L. (2008). *O estudo de caso e a observação clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Queiroz, A. Et al (1991). *Manual de Paraplégicos e tetraplégicos*. Alcoitão: Centro de Medicina e Reabilitação.
- Queiroz, A. (s/ data). *Psicologia Clínica de Reabilitação: Tópicos, Princípios, Fundamentos*. (trabalho realizado para comunicação interna no C.M.R.). Alcoitão.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (1991). *Manual de Paraplégicos e de tetraplégicos*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Schilder, P. (1981). *Imagem do corpo, as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Schneider, F. J. (1994). Lesão Medular Traumática. In D. ^a Umphred (Ed.). *Fisioterapia Neurológica*. Editora Manole LTDA. (Tradução do original Americano Neurological Rehabilitation. The C. U. Mosby Company, 1994).

Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Imago Editora LTDA. Rio de Janeiro.

Shuler, M. (1982). *Sexual counselling of the Spinal Cord Injured: a review of five programs*. *Journal of sex and Marital Therapy*, 8 (3), pp. 241-252.

Siddall, P. J., & Loeser, J. D. (2001). *Pain Following spinal. Spinal Cord*, 39 (2), 63-67.

Stake, Robert E. (1994). Case studies. In Norman, D. & Yvonna, L. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Pp 236-247. Califórnia: Sage Publications, Inc.

Stass, W. E. Formal, C. S., Gershkoff, A. M. Freda, M., Hirschwald, J. F., Miller, G. T., Forrest, L. & Burkhard, B. A. (1992). *Reabilitação do Paciente com Traumatismo Raquimedular*. In J. DeLisa (Ed), *Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática* (Vol. II, pp. 735-762). São Paulo: Manole.

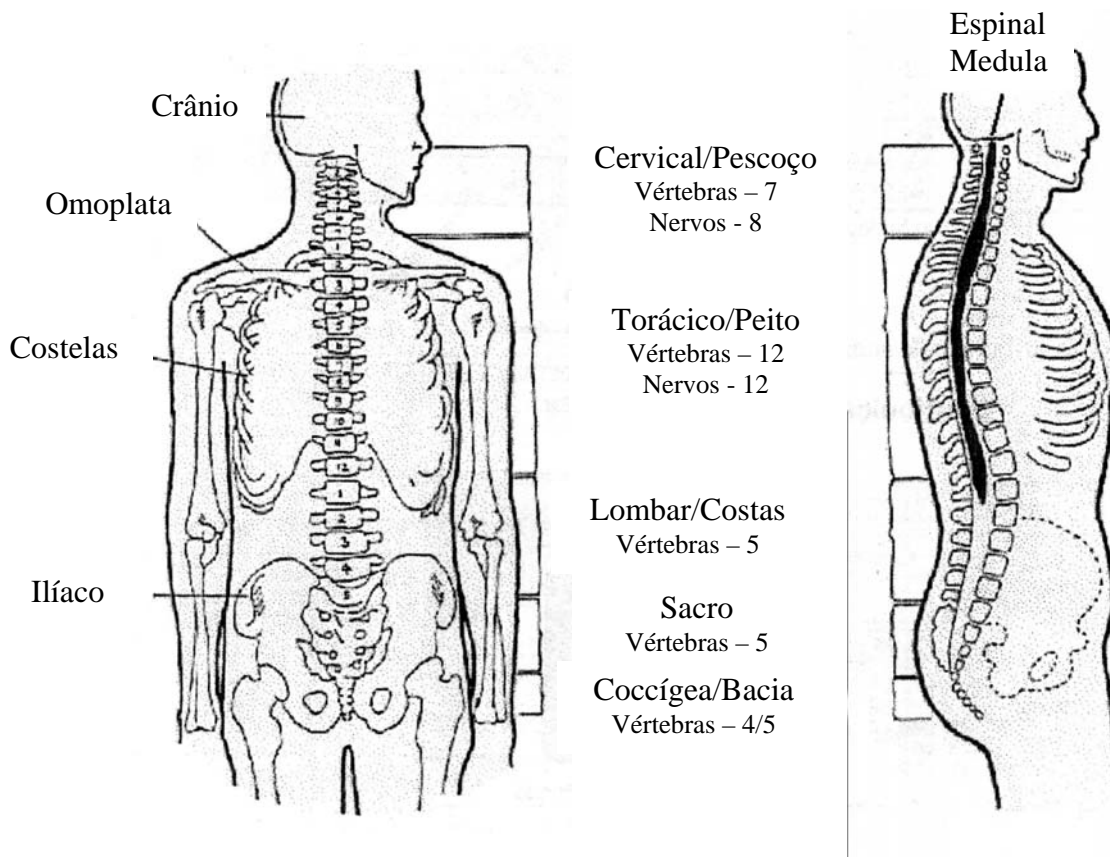
Stein, R. (1992). *Sexual Dysfunctions in the Spinal Cord Injured*. *Paraplegia*, 30, 54-57.

Vaz, J. (2003). Sexualidade e História. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Eds.). *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar* (Vol. II, pp. 17-42). Coimbra: Quarteto.

ANEXOS

Anexo A

Fig. 1- Coluna Vertebral e Espinal-medula



Anexo B

Projecto do estudo

- **Problema:**

Estudar em profundidade os mecanismos de funcionamento da dinâmica do mundo mental dos sujeitos com Lesão Vértebro-Medular.

- **Objectivos/Resultados:**

Com a realização deste projecto, pretendemos reflectir sobre a forma como são vivenciados os problemas emocionais e afectivos, vividos por adultos com Lesão Vértebro-Medular; como se organizam e se adaptam, no seu inconsciente, à lesão adquirida, bem como ao modo como se adaptam a tudo o que provém da lesão. A forma como lidam com o seu corpo e com as mudanças, são também, foco do nosso interesse.

- **Metodologia:**

Procedimentos

Para a realização do nosso projecto é necessário recorrer à elaboração de entrevistas que possibilitem o estabelecimento de uma relação prévia.

Para tal, serão realizadas, pelo entrevistador, três a quatro entrevistas livres, não estruturadas mas dotadas de carácter dinâmico. Cada uma das entrevistas realizadas tem a duração de cerca de 45 minutos e todas são necessárias para a avaliação, nos termos da Escala de Diagnóstico Psicanalítico (Aguillar, J., Victòria, M., Marzani, O. C. (2003). *A Entrevista Psicanalítica*. Coimbra: Almedina). A escala em questão serve para esclarecer a realidade psíquica do paciente no que se refere à estrutura do seu Eu, à natureza das identificações projectivas, quer ao nível estrutural das defesas usadas frente à ansiedade persecutória bem como à qualidade das suas ansiedades depressivas.

Resultados

Não pretendemos, com este trabalho, chegar a conclusões finais, mas sim aprofundar a reflexão clínica sobre o tema em estudo.

- **Planeamento da realização do Projecto:**

Desde Outubro...	Pesquisa e recolha teórica, referente ao tema escolhido, no âmbito da dissertação de Mestrado;
Novembro/Dezembro	Elaboração teórica do projecto a efectuar e estruturação do mesmo;
Dezembro/Fevereiro	Enquadramento teórico do projecto a realizar e procedimentos metodológicos;
Março/Abril/Maio	Recolha da amostra e realização das entrevistas aos sujeitos escolhidos, no Centro de Alcoitão;
Maio/Junho	Análise das entrevistas efectuadas e conclusão do projecto;

Sujeitos	Entrevistas realizadas a cada sujeito	Duração (horas totais de cada sujeito entrevistado)
1	4	4 horas
2	4	4 horas
3	4	4 horas
4	4	4 horas

16 horas

Anexo D

Dra. Filipa

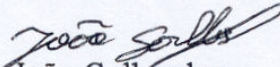
A Susana Lourenço fez o estágio académico comigo no ano lectivo passado, 2006/2007. A Susana fez um trabalho rigoroso e acima de tudo estabeleceu uma excelente relação com as pessoas com quem efectuou acompanhamento psicológico e que ainda hoje me perguntam por ela.

Actualmente, a Susana apresenta aqui a proposta de um trabalho de investigação em colaboração comigo.

Estou totalmente de acordo com este trabalho, acho um estudo pertinente, com uma boa orientação e cuja recolha da amostra julgo que poderá proporcionar um momento de investigação/ajuda às pessoas que servirão de amostra.

Não conheço a aluna Andreia Quinteiro, mas estou disponível para conhecê-la e para ajudar estas duas alunas finalistas de psicologia na realização deste trabalho.

Alcoitão 29 de Fevereiro de 2008


João Galhordas

Centro de Medicina de Reabilitação
Direcção Clínica
Entrada 21/02/08

Anexo E



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Susana Maria da Gama Lourenço** está matriculado(a) no 5º ano do Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao Grau de Mestre em Psicologia *, deste Estabelecimento de Ensino, no Ano Lectivo de 2007-08.

Por ser verdade, e nos ter sido pedido, emite-se a presente declaração, que vai assinada e autenticada com o carimbo do Instituto.

Lisboa, 11 de Março de 2008

Os Serviços Académicos
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
R. Jardim do Tabaco, 34 - 1149-041 Lisboa
Tel.: 21 881 17 00 - Fax: 21 886 09 54
www.ispa.pt - email: info@ispa.pt

* Decreto - Lei 74/2006 de 24 de Março, Despacho n° 19673/2006

Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
Fax: 218 860 954
e-mail: info@ispa.pt
www.ispa.pt

Anexo F

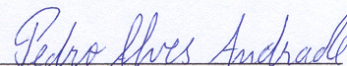
Carta de consentimento informado

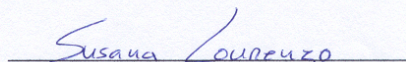
Venho por este meio, pedir a sua autorização e colaboração para a realização de uma investigação científica a efectuar no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

Toda a informação recolhida apenas será utilizada para a investigação em questão, garantindo-se assim o anonimato e confidencialidade.

A decisão de participar, ou não, depende inteiramente de si e poderá, se assim o pretender, desistir a qualquer momento.

Alcoitão, 18 de Abril de 2008


Assinatura do participante


(Susana Maria da Gama Lourenço)

Anexo G

De acordo com o que nos foi pedido pelo Centro, enviamos-lhe um guião de entrevista, com algumas das perguntas que pretendemos fazer.

Como tínhamos dito anteriormente, no projecto que mandámos em Anexo, pretendemos realizar um conjunto de quatro entrevistas a cada um dos quatro sujeitos. As entrevistas a realizar são livres, não estruturadas e de carácter dinâmico, de modo a permitir ao sujeito entrevistado uma fluidez no seu discurso e liberdade no seu próprio pensamento.

Numa primeira entrevista, pretendemos conhecer o sujeito que vamos entrevistar e, por essa razão, as perguntas serão mais de carácter biográfico, possibilitando o desenvolver de uma relação empática e de confiança entre entrevistado/entrevistador.

As entrevistas seguintes serão mais para perceber, as alterações e mudanças na vida de alguém que adquiriu uma Lesão Vértebro-Medular. O modo como é percebida a lesão e como são vivenciadas toda as mudanças que advêm da mesma, bem como a mudança na vida e no futuro da pessoa. Gostaríamos também de poder tentar perceber como são vividas as relações do sujeito com o outro e, como o sujeito se percebe a si ao outro.

GUIÃO DE ENTREVISTA

No decorrer das entrevistas serão abordados alguns temas, sempre com o intuito de uma melhor compreensão do sujeito e da forma como vivencia a sua lesão, não focando particularmente o sintoma mas sim o sujeito activo, real organizador do seu próprio modo de comunicação. Perante isto, as entrevistas decorrerão num registo pouco directivo, onde o paciente terá a oportunidade de se organizar espontaneamente, sendo que se trata de uma escuta e não de um interrogatório.

O nosso foque incidirá essencialmente sobre:

- 1- A percepção que o sujeito tem sobre o conflito que o leva à procura do tratamento e à entrevista;
- 2- As defesas criadas sobre este ponto;
- 3- Detectar motivações inconscientes para o sujeito efectuar o tratamento;

- 4- A avaliação dos momentos críticos evolutivos e inferência, a partir da entrevista, de quanto o sujeito se enriqueceu ou quanto se estereotipou nessa “travessia”;
- 5- A observação das mudanças nas características do vínculo do paciente com o entrevistador durante o início, o desenrolar e finalizar a entrevista;
- 6- Os aspectos estruturantes do sujeito, que enquadrem em elementos formais de maior relevo desenvolvimental, ambiental e familiar da sua história externa, salientando os níveis de maior ou menor funcionamento dos processos mentais;
- 7- Os relacionamentos sociais (profissionais, amizade, ...) a fim de contribuir para a clarificação da avaliação diagnóstica das estruturas de relação de objecto e de ansiedades predominantes no sujeito.

Anexo H

Fui com o Dr. João até ao quarto do Sr. P. Fiquei a aguardar enquanto o Dr. João falava com o Sr. P e, depois, entrei no quarto para se fazerem as apresentações.

Quando entrei vi o Sr. P deitado na cama, apresentei-me e tentei combinar para mais tarde uma hora para falarmos. Desde logo ele mostrou-se disponível em falar comigo e, eu fiquei de avisar mais tarde da hora que dava mais jeito e da altura que eu tinha o gabinete livre.

Mais tarde fui lá para o ir buscar e, como estava acamado, perguntou se poderíamos falar ali mesmo. Inicialmente eu disse que sim, mas depois contrariei pelo facto do quarto estar com pessoas. Disse-lhe que não havia problema e que podíamos falar para a semana. Ele disse que não havia problema algum e que se levantava. Fui pedir ajuda de um enfermeiro para o ajudar na passagem para a cadeira. Quando falei com o enfermeiro e disse que era para falar com ele no gabinete, o enfermeiro disse que ele era um homem complicado e que não gostava de obedecer regras que lhe impunham. Eu expliquei que tinha sido de vontade dele levantar-se e vir falar comigo no gabinete.

1ª entrevista

Sr. P, 28 anos

18/ 04/ 08

S: Boa tarde. Como lhe disse há pouco, o meu nome é Susana e estive cá o ano passado a trabalhar com o Dr. João. Foi a primeira vez que tive o contacto directo com pessoas com Lesão Vértebro-Medular e, por ter gostado e ter aprendido muito, o meu trabalho de Mestrado será nesta área. Pedi a colaboração e ajuda do Dr. João para poder fazer a recolha da amostra para o estudo. Falou consigo sobre o estudo?

P: Ele disse-me que era para eu participar, mas não me elucidou bem sobre o que era mesmo...

S: Eu vou estar consigo durante cinco semanas, uma vez por semana e será para falarmos um bocado...

P: Com certeza!

S: Vou mostrar-lhe este papel e pedir para o ler. È a autorização em como aceita participar no trabalho comigo (pausa para ler e assinar). Hoje seria mais para eu o conhecer melhor e falarmos um bocado.

P: Não me chame de Sr. P., diga P.

S: P! Está aqui em Alcoitão há quanto tempo?

P: Há quase três meses, faz este mês três meses.

S: E há quanto tempo teve o seu acidente?

P: Faz no fim do mês sete meses.

S: Quer-me falar um pouco como aconteceu o acidente?

P: Bem, foi um acidente de viação...eu deslocava-me para o trabalho de manhã, de mota. Conduzia a mota há quatro meses, mas já tinha carta há muitos anos, mas nunca tinha tido uma mota. E nesse dia, ia para o trabalho de manhã, por um percurso habitual, dentro de outros possíveis. E foi um acidente de viação, numa recta praticamente onde só havia mais um carro que vinha em sentido contrário. Pára para mudar de direcção, dá o pisca para mudar de direcção e...eu venho na faixa contrária já a antecipar o carro e a manobra que vai fazer e, quando chego ao ponto de intersecção, inexplicavelmente, ela avança para fazer a mudança de direcção e, pronto, acaba por se atravessar no meu caminho. Ficou, o carro ficou completamente atravessado na minha faixa de rodagem, e eu embati em cheio na parte do passageiro, portanto na parte de cima que conduz ao passageiro. De ela a mim há uma velocidade de 60, 70km/h eu ainda travei um pouco a fundo, mas o aviso foi tão pouco que não podia fazer grande manobra. Travei, no máximo para os 50km/h e terá sido, mais ou menos, a essa velocidade que eu embati, mas da forma que eu bati foi suficiente para ficar logo paralisado. Eu dei o lado direito do corpo (tentou demonstrar), embati em cheio na chaparia quer em baixo quer em cima e no vidro. Penso que a zona da fractura terá sido na chaparia intermédia do carro. Ainda fui projectado uns metros à frente. A porta não ficou muito danificada. E pronto...tive ali uns minutos em estado de choque, que pensei ter desmaiado, mas não, as testemunhas dizem que não.

S: Que falava...

P: Sim...e depois volto a mim uns minutos depois. O INEM veio socorrer e estavam à minha volta. “Então pá, tudo bem? Estás-me a ouvir?”...o trabalho de reanimação. Pronto, voltei a mim, já com o juízo perfeito do que se tinha passado, tive consciência que tinha acabado de ter um acidente e de que estava paralisado...a sensação de dormência era tão grande (pausa).

S: Pensou logo nisso...

P: Pensei logo nisso...foi logo o primeiro pensamento. Pronto e o acidente foi mais ou menos assim, acho que não vale a pena estar aqui a discutir pormenores, porque...depois a outra parte disse que não viu, o que é um bocado discutível e tal...enfim, foi mais um acidente de viação, em que...as pessoas quando se fala..."a pois a mota e tal..."não, a culpa é sempre das pessoas que conduzem. As máquinas são apenas máquinas e podem ter falhas. A máquina em cada 100, tem uma vez culpa por provocar um acidente... aquilo foi um erro grosseiro de condução da parte da outra parte. Foi uma cedência de prioridade que não foi dada e...e...enfim, é um gesto que acaba com a vida de outra pessoa...

S: Teve consequências...

P: Mais valia ter partido as duas pernas, a bacia, a cara, tudo...mas assim, uma pessoa ficar paralisada, não...é uma consequência muito violenta para...

S: De um momento para o outro...

P: É uma perda muito violenta para uma pessoa, mas enfim, a outra pessoa também...não tem culpa. Quer dizer, não tem culpa não, tem de culpa, só não foi de forma consciente...Não quero acreditar, porque se algum dia fosse acreditar que se atravessasse no meu caminho conscientemente... a única coisa que eu fazia era encontrar os meios de fazer justiça. Acabar com a vida da outra pessoa. Vingança era a única coisa que podia suscitar em mim...A pessoa diz que não me viu, viu-me de certeza, só que tinha a carta à pouco tempo, estava atrasada para o trabalho, a mota vinha numa recta não muito longa, mas a velocidade muito curta, nunca mais aparecia...meteu a primeira e pronto. Só que entretanto o fulano da mota que já vinha desde o início da recta a ver que estava um carro parado, também resolveu acelerar um pouco para o passar e, foi este cálculo que a outra parte não fez e aqueles metros que julgava serem suficientes para passar rapidamente, não foram. A senhora não contou com várias situações...atravessou-se. Enfim, foi como foi...eu também não tive grande hipótese, não era um condutor com muita experiência, nem havia ali grande hipótese de desviar...

S: No pouco tempo de reacção tem de se pensar em muita coisa...

P: Aaaaaa...Eu acho que a recta terá, eu estou ansioso de passar lá outra vez, aliás o relato das testemunhas, as evidências do auto da policia, tudo me tem confirmado...a senhora deu-se como culpada, sem falar grande coisa...A recta tem 200 ou 300 metros, e ela dá-me de aviso, 20 ou 30 metros de distância do ponto de intersecção e, esses metros dão para eu não acreditar no que se está a passar e para reduzir até aos 50km. Nem deveria ter feito uma redução inteligente, de caixa e tal. Assustei-me, o carro meteu-se à minha frente e eu travei a fundo. Foi assim. Esborrachei-me como uma mosca, ainda tenho vidros (mostrou o ombro) ...a equipa de cirurgia disse que não valia a pena mexer, o corpo vai libertando...

S: E depois onde esteve internado?

P: Depois fui transportado para o hospital de Faro...

S: È do Algarve?

P: Sou. Fui transferido para o hospital de Faro e lá tive, isto foi na segunda-feira às 8.30 da manhã...no serviço de urgências estive mais ou menos abandonado, porque...deram-me soro, aplicaram-me analgésicos, calmantes, suturaram as feridas...estava muito inchado na cara, dos vidros. Retiraram-me alguns vidros da vista, pronto monitorizaram-me, mas fiquei no plano rígido do INEM as 24h, sem ter consciência do que daí poderia advir...segunda-feira tive transferência para o São José na unidade Vértebro-Medular, fizeram também uma tomografia viram fractura na região temporal...não fui de helicóptero porque não era viável e fui, lá fui devagarinho... No hospital S. José às 14h estava nas urgências, foi rápido, fiz uns exames e subi para a unidade Vértebro-Medular. A consequência de ter estado tanto tempo no plano rígido foi ter feito uma úlcera de pressão na zona sagrada e...essa úlcera transformou-se numa escara que demorou a sarar. Ainda desbridaram aquilo, foram desbridando. Tinha tanto tecido morto que chegou uma altura....ainda vi fotos que iam tirando, mas não se via muito bem... diziam que cabia lá um punho. Fui operado e ainda fiz uma reconstituição. Fiquei com uma cicatriz enorme, mas sarada. Foi uma equipa fantástica a que me operou, jamais esquecerei. Até porque nos corredores dizia-se que havia malta com L.V.M. com problemas de escaras e dizia-se que já há muitos anos, não se curava uma escara tão grande à primeira. Ainda bem que correu bem. De maneira que é assim, nunca tinha sido operado e agora já fui duas vezes num espaço de um mês e pico. Era uma pessoa saudável, os níveis de sangue bons, nunca tive infecções...passei a ter infecções atrás de infecções. Tive agora uma mais forte que me atacou recentemente e provocou uma pneumonia atípica, um princípio de anemia...

S: São consequências de quem tem este tipo de lesões...

P: Pois...a minha vida mudou de uma maneira radical. Eu já tinha feito várias visitas ao hospital, por situações diversas. Eu disse-lhe que nunca tinha tido infecções...já tive infecções, já. Uma no dedo, outra aqui ou acolá, pés partidos...enfim, tive em vários hospitais, de Norte a Sul, mas foi sempre entrar e sair, nada de grave. E olhe, agora estive internado quatro meses no hospital, mais a escara...foi um pouco duro, mas fui muito bem tratado ali, as pessoas acarinavam-me, as pessoas têm uma sensibilidade muito grande, também só lidam com este tipo de lesão. Mas gostei muito da forma como me trataram, senti-me muito bem. Agora estou aqui há três meses e agora a minha vida é hospitalais.

S: A sua lesão é completa?

P: O Dr. que me operou sempre me falou em secção parcial, mas depois também me falou em esmagamento, de forma que e apesar de não ter havido um corte transversal, houve sim um corte total na informação. Os sintomas que eu não revelo são sinais disso. Não tenho sensibilidade no ânus, não tenho também abaixo da lesão. E foi assim, desde o primeiro dia até agora.

S: E aqui no tratamento, como está a correr? Está cá há três meses...

P: Três meses...eu comecei com muita motivação, aliás, vim para cá com muita motivação mesmo, não vinha com ilusões e o meu objectivo principal era tornar-me, o mais rapidamente possível, o máximo de autónomo. Havia sempre um segundo objectivo latente, ver se havia hipótese de... (pausa)

S: Recuperar o máximo possível...

P: Pois, se houvesse alguma varinha mágica...uma máquina que me faça melhorar a 1%...mas não, eu sei. Rapidamente vi que aqui não estão com esse tipo de prospecção e é compreensível, tem de se fazer uma triagem. Nem todas as lesões têm o mesmo resultado. A ciência é mesmo assim...

S: Até hoje...

P: Eu comecei a trabalhar e fui-me desmotivando, aqui e ali, em certos e determinados pormenores...

S: E porque acha que se foi desmotivando?

P: Ora bem, porque...em primeiro lugar penso que por minha culpa. Acho que, e isto é mesmo assim, acho que o primeiro culpado pela falta de motivação gradual fui eu próprio. Porque não fui tendo, talvez força, para ultrapassar os obstáculos que me foram surgindo aqui. Pormenor aqui e acolá no trabalho aqui no centro, que me foram deixando um pouco entristecido. Houve também outro factor muito importante, foi o sentir falta de força para lutar contra uma grande condicionante, que é a espasticidade que eu tenho. Eu já sabia que a tinha e já tinha passado um pouco mal no hospital. Ela vinha aumentando...eu estive com analgésicos e depois eu mesmo quis cortar com eles. A espasticidade não aumentou, mas o desconforto passou a ser maior, a dor começou a ser mais intensa...a violência dos espasmos começou a ser mais sentida. Depois fui reforçado, em termos farmacológicos, para a espasticidade com ansiolíticos, com relaxantes musculares. A coisa acalmou um pouco, mas sentia que gradualmente, a espasticidade estava a aumentar. Quando vim para cá, surpresa das surpresas, pensei que com o aumento da actividade, o posicionamento em pé, as mobilizações...que reduzisse a espasticidade, mas a mim foi ao contrário...aumentou drasticamente desde que cheguei. Depois também cortei com os ansiolíticos, também por

opção minha, aliás já tomava ansiolíticos lá acerca de um mês. Cá ainda tomei durante meio mês, no princípio... falei com o psiquiatra, e pronto. Incomodava-me tomar, por várias razões e pronto, decidi parar. O ansiolítico que tomava era o Diazpan , mas não houve consequências no corte do Diazpan, pelo menos não reparei na relação directa com a espasticidade. Foi sendo aumentado na medicação para a espasticidade, o anti-espástico espasmoide, o “Bacloferne”, e foi adicionado um anti-espástico (falou sobre os nomes dos medicamentos...) bem e estou a tomar doses elevadíssimas, ninguém no corredor toma uma dose daquelas. Isto também me enterrou bastante, porque só com muito esforço e eu já conseguia fazer, às vezes, quando estava mais corajoso, mais forte, mais descontraído, às vezes já conseguia fazê-lo. Tirar roupa, passar perna, mas não passava da cama para a cadeira, vestir conseguia mais ou menos, mas demorava uma eternidade. Demorava demasiado tempo a fazer as coisas, mas lá as fazia. Sentia sempre era um grande atrito por parte da espasticidade. Há um mês atrás comecei a sentir-me fraco, dá-me ideia que com o aumento das doses, fui perdendo força muscular. Já me informei e, em alguns casos, pode ser um dos efeitos secundários, mas a Dra. diz que não é tal, pronto. Também agora, reduzir as doses será um pouco arriscado. De maneira que...

S: Mas sente que com a medicação, a espasticidade está mais controlada?

P: Não, não sinto. Um dia que... se bem que aqui tem havido pouca possibilidade de calmamente ter uma discussão com a minha médica. Mas se não aqui, seja lá onde for, vou experimentar reduzir para ver se de facto aumenta muito, ou o que faz...

S: Também está cá ainda há pouco tempo, três meses...

P: Hum...sim, há quem diga que com o tempo muda e tal...Eu sempre fui realista, às vezes pessimista, enfim, não sei, não estou a ver o meu corpo reagir nesse sentido. E depois varia muito. Há casos que aumenta, outros que diminui ou que mantêm...eu já via pessoas sete ou oito anos a lutarem em primeiro lugar com a espasticidade. Enfim...

S: Cada caso é um caso.

P: Sim, cada caso é um caso, não há dúvida nenhuma. Há quem use a técnica da “bomba de baclofen”, uma técnica mais evasiva e agressiva, mas as vezes não resulta na mesma. Tenho lido coisas sobre isso... mas a espasticidade foi um dos muitos motivos que me cortou um pouco a motivação e os outros pronto, foi assim um pormenor aqui e ali que fui vendo...

S: Que lhe desagradou mais...

P: Desagradou porque eu vinha com grande expectativa. Sempre se ouve falar muito em Alcoitão e eu trazia essa expectativa. Também foi erro meu...criar expectativas, sofrer por antecipação e ter um choque maior com a realidade.

S: O que é que faz?

P: Ora bem, eu era, no momento do acidente estava a trabalhar como nadador salvador, mas eu tinha reingresso, porque já lá tinha estado uma vez. Tinha reingresso dali a um mês para o Exército, eu sou oficial do Exército e estava na vida civil...tive alguns contratemplos, mas ia regressar. A certa altura descobri que tinha no Exército uma fonte, uma escapatória, uma oportunidade para alcançar outros objectivos meus. Enfim...a seguradora, nunca houve um relacionamento directo e claro. Enquanto estive no São José foi lá um agente deles, com perguntas e para fazer um levantamento da situação, mas foi a única vez. Eu recorri a um advogado e é sempre ele que faz a comunicação. A senhora deu-se como culpada, mas a história está complicada. A seguradora da senhora, ao fim de mês e meio veio descartar-se e afinal o processo estava condicionado, porque havia irregularidades no seguro da senhora. Por sua vez ela alega que não e já tem também um advogado contra a seguradora...entretanto a senhora foi para França. Enfim, está complicado (falou sobre a seguradora, sobre despesas médicas e escolha do centro Alcoitão, os centros que têm acordo...). Na altura da escolha eu racionalizei muito a questão e só pus em causa vir para Alcoitão, quando nunca pensei com calma. Eu podia ter hipótese, ate mesmo por questões monetárias ir para outro sítio. Antes, era o único Centro de Reabilitação em Portugal, agora não, deixou de ser. A ideia que tinha era outra. Condições físicas, eu esperava mais conforto, esperava mais espaço, cá dentro. A escassez e antiguidade do material, desde as enfermarias ao ginásio, tudo é velho, o que há é pouco e, ao ser pouco faz-se espera em usar. Chegar ao ginásio para trabalhar, dia após dia, motivado para puxar pelo físico e trabalhar o equilíbrio e a força muscular nos membros superiores e ver que a minha terapeuta trabalha com mais dois ou três, o que reduz a atenção a cada doente. O facto da minha médica, conforme as outras médicas do serviço, serem pouco dadas a esclarecimentos e dedicação de tempo aos doentes para esclarecimento de dúvidas dos mesmos. Quando fala é a despachar, enfim, coisas que me foram desagradando e desmotivando.

S: Sente-se abandonado aqui?

P: Exactamente, abandonado. E eu nunca fui pessoa de prestar muita atenção, sempre fui independente, tanto estava bem no meio de cinco, como sozinho. Tinha um lema próprio que era: “ eu ando com as minhas pernas”, nunca precisei muito que aquele fosse para eu ir, ou que o pai me desse a autorização, quando queria ir eu ia, não olhava a meios. O olhar era em frente. Às vezes era um pouco egoísta, sem parar para perguntar. Tive alguns problemas na minha vida e sempre os superei sozinho, nunca recorri a ajuda personalizada. No São José, estava numa situação ainda de choque, muito primária, mas senti-me completamente

amparado e acompanhado. Os médicos paravam pouco, mas quando paravam, o tempo era todo dedicado aos doentes. Perguntas válidas, outras não...

S: É importante sentir-se amparado...

P: A palavra foi muito bem empregue, Dra., eu sinto-me abandonado. Pensei chegar aqui e, enquanto estivesse a trabalhar independentemente das horas de trabalho, pensei ter um fisioterapeuta só para mim, a trabalhar comigo. O mesmo com o médico. Das vezes que eu o procurei, ele rotulou-me logo de ansioso e obcecado, coisa que me desagradou um pouco. Eu sempre fui obcecado e ansioso, nervoso, sempre fez parte da minha personalidade, mas, neste caso concreto depois do acidente, eu surpreendi-me pela positiva. Essa ansiedade e obsessão foram focalizadas para a vontade em aprender mais e em dedicar-me a isso. Querer estar consciente das coisas e aprender mais. Entrei muito participativo, a comunicar com toda a gente e, sou logo rotulado assim. Pequenos pormenores que ganharam peso. E culminou quando há um mês atrás eu colapsei. Tenho sido atacado com muitas infecções urinárias. Aqui fiz um período de três semanas chamado de auto esvaziamento e, estava a correr bem, mas fui atacado uma segunda vez por uma infecção urinária, uma bactéria que passou para o trato respiratório e, com outra infecção que tinha tido piorou muito. Comecei a ter perdas, a fazer febres, dois ou três dias, depois acamei e comecei a ter dores físicas, os espasmos tornam-se...aumentaram ao ponto de ser impossível alguém me tocar. É muito frustrante, estar na cama e desejar que não me tocassem pela dor insuportável. Depois comecei a cuspir sangue, análises a tudo, radiografia e pronto...sintomas de pneumonia atípica, supostamente sem ser contagiosa. Tive duas semanas acamado, com temperaturas altíssimas e sem conseguir ser imobilizado devido às dores, cuspir sangue. Enfim...a semana passada já tive ordem de levantar, mas para ter cuidados. Esta semana já podia começar a andar fora da enfermaria e a fazer tratamento, mas sentia-me fraco, na próxima semana já começo o trabalho de forma gradual. Cinco horas de actividades diárias. Fiz agora as últimas análises, de controlo, mas ainda não sei o resultado. Sinto-me melhor. Tem sido assim o meu percurso. Apesar da motivação ter descido, nunca desisti, a minha atitude é que se alterou. A vontade com que entrei aqui, deu lugar a uma descrença e desmotivação. Até em termos sociáveis eu mudei, estou mais isolado.

S: Mas sente-se novamente com força para tentar trabalhar?

P: Bem...eu sinto-me com motivação para tentar conseguir o meu único objectivo, que vejo por vezes não conseguir chegar lá, por causa da espasticidade. Sinto-me mais medroso, mas...

S: Este trabalho no internamento tem de ser muito da sua parte, eu direi mesmo todo. A sua motivação e dedicação no trabalho para a sua recuperação é essencial, depois tem a parte complementar de toda a equipa.

P: Nunca tive ilusões, mas...estive quatro meses numa cama e agora estou numa cadeira e...embora já soubesse...

S: Teve um primeiro contacto com a realidade...

P: É...imaginar ficar numa cadeira de rodas, ter de tentar ser autónomo, não querer dar trabalho a este ou aquele...isso tem sido uma coisa que me tem...tem mexido muito. Eu sempre tive a vontade de me tornar autónomo, mas sempre estive um pensamento e desejo latente, se tivesse podido escolher, tinha ficado no acidente. Não tenho a menor duvida, se houvesse uma paragem no tempo e eu tivesse as duas hipóteses, eu não hesitava e escolhia morrer...

S: Pensava no que deixava?

P: Não pensava. Numa resposta rápida e sem grande teorização eu deixava tudo. Para ser egoísta, rude e puro, eu digo-lhe que o que deixava não era...não tenho filhos e não sei se algum dia os terei, tive perto de os ter, mas não os tenho. Se os tivesse...Afirmo que sem dúvida, se os tivesse, agarrava-me. Queria estar presente e continuar a assistir a todos os passos de crescimento e desenvolvimento, continuar a ser válido para aquelas pessoas, a todos os níveis, afectivo e económico. Mas não tenho.

S: Vive com os seus pais?

P: Ora bem, agora vou ter de viver. Já não vivia. Agora que ia ingressar pelo Exército, contava alugar um sitio meu...é uma vida de “ saltimbanco”, mas contava depois assentar. O meu objectivo final era ingressar no Ministério dos Negócios Estrangeiros...nasci no Porto, mas agora moro na zona de Albufeira. Contava, depois de alcançar o meu objectivo principal e, usando o Exército para isso mesmo, regressar e ter o meu canto.

S: Tem alguma relação, algum namoro...

P: Casado nunca fui e também não namoro. Havia uma relação que se vinha arrastando, pronto, mais duradoura. Foi...como lhe posso dizer...

S: Séria...?

P: Não queria aplicar essa palavra, porque as outras não foram a brincar, mas...mais madura. Depois acabou, por uma separação geográfica, se bem que ficou em certa parte um sentimento. E agora, mais recentemente tínhamos tentado uma reaproximação. Com as alterações profissionais, quer minhas quer dela, havia hipóteses de nos reaproximar. Mas isso agora foi tudo...

S: Sente que depois do acidente...

P: Sim. Depois do acidente aconteceu muita coisa e...e...

S: Depois do acidente, o P também mudou...

P: Sim, eu sinto que mudei. Ela tentou apoiar-me e acompanhar-me, dentro do possível. Está longe e trabalha. É difícil, mas tentou. Eu é que simplesmente, talvez todas as indecisões que nos fizeram afastar, tenham ganho outro peso. Não dava, com aquela pessoa não dava. E, mais importante, eu neste momento não penso nisso, não me sinto capaz de dar nem de receber. A parte sexual ficou afectada e toda a minha situação não me dá coragem para pensar sequer em relacionar-me. Não concedo viver assim, isto para mim não é viver. Por mais autónomo que me torne, vou regredindo. Voltar a viver com os meus pais, enfim. Modificou-se a minha vida, os objectivos que tinha...acho que não sou capaz e não tenho coragem, dentro do que tenho para dar, e sinto que ainda tenho algo, ainda ter de dar isto, a minha situação...prefiro não dar a ninguém.

S: Acha que as pessoas não se vão interessar por si? Pelo P?

P: Não, não diria tanto. Felizmente sempre tive amigos e amigas que se interessam por mim. Apesar de ser, às vezes, um pouco egoísta e independente e tal...sempre fui dando e recebendo. Penso que continuará a ser por aí. Tive provas, neste tempo, de que não estou sozinho. Eu é que simplesmente mudei. Isto...estar a dar isto ao próximo, não é fácil. Sair com os amigos e ir beber uns copos é muito bonito, mas ter de estar a transmitir as preocupações de estar muito tempo sentado, de que me borrei, o estar a relacionar-me com uma mulher sem haver nada de sexual... eu nunca fui...têm acontecido muitas ironias, sabe? Uma é essa mesma. Nunca valorizei muito a relação sexual, sempre fui mais conservador. Não condeno quem o faça, mas sempre fui mais conservador, sempre acreditei que quando estou com uma mulher é com essa mulher. Que entre um homem e mulher há muito mais que a relação sexual. Nunca achei importante dizer ao amigo que se ele já teve dez eu já tive doze mulheres...esse tipo de coisas sempre me ultrapassou e agora, ironia do destino. Ter um relacionamento com uma mulher onde não há sexo ou há de outra maneira, não dá. O perspectivar a procriação, ainda não estou preparado, nem sei se estarei algum dia. Sou muito renitente e, não concebo. Outra ironia...não tinha nenhum amigo nem conhecido nestas condições, já vi em concertos ou numa discoteca...e sempre disse para mim mesmo que eu não conseguia, que não era vida e que eu não dava e, agora...outra ironia. Tinha uma ideia, ou melhor eu achava que tinha uma ideia das possíveis consequências da lesão. Sabia que dependia do tipo e da zona de lesão, ate porque me lembrava de Biologia, mas...

S: A primeira ideia que pode surgir é a de preconceito. No verdadeiro sentido da palavra. Ter uma ideia pré concebida de algo. Nós até podemos imaginar o que sente, ou passa uma pessoa com L.V.M., mas ficamos só onde o nosso pensamento nos permite chegar.

P: Não me imaginava por incapacidade. Eu não conseguia viver assim. Olhe, por exemplo, a minha mãe é muito corajosa, optimista...ela eu já imaginava que se adaptasse. É um tipo de pessoa que já não faria esse raciocínio, reflectiria de outra forma “se isto me acontecesse a mim, onde teria de me agarrar?” Há pessoas que vêm o outro lado das coisas. Eu não. Eu mais depressa me imaginava com um cancro, uma doença terminal. Isto no campo das suposições, claro. A minha mãe já sofreu de cancro da mama há três anos, e à minha volta não foi a primeira. O tempo que me restasse, eu ia aproveitar ao máximo. Tenho esta ideia, não sei se fazia assim ou não. Não sei...eu desde o primeiro momento que digo que quero ficar autónomo...não sei o que pense, não sei.

S: Há aí um conflito.

P: Eu não tenho irmãos e, se não fossem as duas pessoas mais directas (os meus pais), que eu sei que seria muito injusto mesmo para eles, acho que é a única palavra que posso aplicar, se não fossem eles, eu equacionava a hipótese de suicídio...equacionava. Tenho amigos que gostam de mim, tenho tido essa prova, mas não tem sido suficiente para me agarrar, mas o pai e a mãe têm sido, pelo menos, o motivo para não me “desagarrar”. Sou-lhe sincero e já o disse ao seu colega, o Dr. João, de facto tem razão no que disse, há um conflito. Já que assim estou, tenho de melhorar. Mas isto não é melhorar nem é viver. Se não tivesse a minha mãe e o meu pai, eu pensava mesmo duas vezes. Por mais amigos e família...nesta altura estava a tratar com um advogado outras coisa...testamento, danos corporais, ...

S: Tem isso tudo pensado...

P: Sempre fui muito realista e racional. Sempre não, a partir de certa altura da vida. Antes era mais emotivo e optimista, depois...aconteceram coisas que me fizeram mudar. Calculista, pessimista ou negativista... Assim que me sentisse capaz, não me faltam meios ao dispor, de maneira que, um dia passava-me para o outro lado. Até porque nunca vi o suicídio como forma de cobardia, pelo contrário, essa visão dupla que há...eu acho que depende da situação. Um pai que tem filhos e mulher, que os ama e que se entregue ao álcool e ao jogo por desespero, será cobardia fugir e deixar alguém em desespero? Se calhar...depende...mas acho que é um acto de coragem, é uma acto de coragem. Se virmos as estatísticas nos últimos anos de quem se suicida ou de quem tenta...é um acto de coragem. Pronto, já estou a divagar um pouco. Esse acidente acontece numa fase (se é que há fases boas e más para acontecer algo), mais uma ironia do destino. Eu tenho 28 anos, completados há pouco tempo, e andei

muito tempo por andar, coisa que agora sinto que ande outra vez, andar por andar. Eu ansiava muito por estabelecer objectivos, mas não conseguia alcançá-los. Entreguei-me muitos anos ao álcool, à vida nocturna e à promiscuidade de varias ordens, a um desmazelo grande por mim, auto-estima e autoconfiança foram-se anulando. Nunca fui narcisista e vaidoso, materialista, mas andei perdido. Estudei, formei-me. Tinha um ou outro objectivo profissional, mas à mínima tentativa esbarrava, por limitações minhas ou do sistema. Desiludia-me muito rapidamente. E desde há um ano atrás eu amadureci muito. Entrar no Exército foi a maneira que encontrei de me lançar no meu verdadeiro objectivo, ser diplomata. Entrei a primeira vez por entrar, mas aprendi imensas coisas que me tornaram maduro e me fizeram pensar. Dar valor ao que não dava e a desvalorizar coisas que valorizava. Comecei a objectivar o meu pensamento. Dar valor ao gosto pela leitura e a cultivar-me mais, valor à actividade física e estava, agora mais que nunca, com um fio condutor na minha vida. Voltar ao Exército, acabar o que deixei a meio e, tentar fazer aquilo que me tinha levado lá a primeira vez: licenciar-me novamente, agora em Economia. Era licenciado em relações internacionais. Depois de quatro anos, tentar ingressar na carreira Diplomata. Havia um rumo a seguir.

S: E como vê agora essas hipóteses?

P: Não vejo. Estava disposto a melhorar a minha carreira, ia complementar a minha bagagem e ia-me abrir portas para o que eu queria verdadeiramente, nunca pensando ser embaixador, mas querendo pertencer a algo não governamental, como a ONU, por exemplo. Sempre tive facilidade em me adaptar à mudança e, seria aí que eu poderia dar alguma coisa ao mundo e ter o sentimento de que dei. Era esse o meu objectivo. Também gostava de ter uma formação em línguas, para melhorar a minha função linguística. Enriquecer o currículo, enfim, usar o Exército como trampolim.

S: E porque diz agora ser impossível...

P: Não, agora não. Eu ando numa cadeira de rodas, tenho uma algália...isto é tudo muito bonito quem vem de fora a dizer “mas é possível e há quem o faça e quem seja...”, se há quem faça e quem seja, não sou eu. Não sou eu. A minha luta neste momento é tentar borrar-me o menos tempo possível e tentar mijar-me o menos possível, não há capacidade, não tenho capacidade, não tenho capacidade para ir, por exemplo para o Algarve e ir para a faculdade tirar Economia, não me vejo com capacidade a curto nem longo prazo para me enfiar num carro ou comboio, todos os dias, e que não está preparado para mim, e ir às aulas e trocar fraldas...

S: Diz que não é possível, dentro de si...

P: Não digo que não seja possível para o próximo, a verdade é que as evidências provam que há um num milhão que conseguem...e os outros mil? E os outros que não se falam? Vão para casa e, simplesmente não retomam a actividade profissional. Desistem, desmoralizam, separam-se, entregam-se ao álcool, suicidam-se. E os que têm escaras e não têm quem cuide deles? Dos fracos não reza a história. Não é que me esteja a considerar fraco, mas porem-me agora a questão desses meus antigos objectivos a resposta é logo negativa. Pensar ser diplomata e entrar por favor, só por pena ou favor? Eu entraria e ficava de fora alguém tão bom ou melhor que eu, já para não falar que o serviço teria de ser de secretaria e não dá para mim. Sou um homem de espaço aberto, ar livre, aliás todos os trabalhos que fiz foram nessas condições: nadador salvador, jardineiro, recepcionista, porteiro, militar...ambientes fechados, não me causam claustrofobia, mas não são para mim. Agora pensar nesses objectivos é cedo. Não sei...não quero ser um grande senhor em cadeira de rodas...sou realista e sei que é impossível trabalhar no que ambiciono com condições necessárias, até porque daqui a uns anos, não sei se não colapsei. Voltei a sentir-me sem rumo, a ter uma descrença grande em mim, a sentir-me isolado, voltei a desacreditar nas relações, nomeadamente com uma mulher. Lá está não me vejo. As relações têm de ser sinceras, quando estava com uma mulher era com ela que queria estar, assim como quando uma mulher se deitava comigo, se não desse mais, deveria dizer-mo. Vale mais sofrer pelo que se sabe do que pelo que não se sabe. Pronto. Eu, penso eu, nunca fui traído nem usado, mas só a simples ideia disso acontecer, para mim não dá. Como nunca fiz nem pensei fazer, isso para mim é inconcebível. Sempre fui sincero e leal, para quem quer que fosse e, agora pensar numa relação só com afecto, não digo...partir agora do zero...não. Se a função sexual não funciona hoje, provavelmente não funcionará, se uso algália hoje, provavelmente continuarei a usar, etc...não me estou a ver com facilidade a ultrapassar isto. Nunca considerei a relação sexual primordial, pelo contrário, sempre dei valor ao carinho e amizade e ao que se pode construir disso. Mas agora, simplesmente isso não dá. Acho que me tornei num fardo muito pesado. Isto agora já não é fazer vida a dois, é fazer vida um a um. Já não é enfrentar os problemas a dois, é um que enfrenta a luta e o outro que está por trás resguardado, em primeiro lugar a pensar nas suas lutas diárias e eternas e, só depois na luta dos dois. Isso está longe...para mim não é vida. Não sei se lhe estou a roubar muito tempo, mas estou a desabafar. Pior que tudo é ter consciência das lesões que temos. Perder toda uma panóplia de funções básicas, perder a função sexual e a masculinidade...isso é uma prisão, eu sinto-me preso. Volto a dizer-lhe, se me dessem a escolher isto ou uma doença terminal eu optava pela segunda. O tempo que tinha, vivia-o em grande. Talvez sim, talvez não. Agora

assim...fiz o percurso que fiz e agora que me sentia com um rumo e um destino certo, estou dependente dos meus pais outra vez. Não é a lei natural quando se está a crescer, regredir. A minha mãe vai ter de me mudar as fraldas aos 28 anos...isto não é viver. Cada pedido meu, será uma facada e espero não me conformar nunca com este tipo de pedidos, prefiro auto penitenciar-me. Isto não é viver, é sobreviver. Este tipo de situação não é tolerável por natureza. Toda a gente deve ter direito a escolher...é pena porque eu tinha coisas interessantes para dar...enfim. Olhe, espero ter ajudado no seu trabalho mas já agora, não tem um tema específico de estudo? Já viu que eu não me calo e era para direccionar.

S: Tenho. O assunto é específico e de difícil abordagem. Eu pretendo conhecer melhor a maneira como a sexualidade e as relações são vivenciadas por um adulto com lesão Vértebro-Medular.

P: Ok Dra. não se preocupe que eu não tenho problemas em falar sobre o assunto, antes pelo contrário. Vou tentar ajudá-la a virar Mestre e espero ter ajudado.

S: Ajuda sempre falar e conhecer melhor. Obrigada P. Encontramo-nos para a semana.

P: Então até para a semana. Espero ter mais coisas a contar.

2ª entrevista

Sr. P, 28 anos

24/ 04/ 08

S: Boa tarde, P. Como está?

P: Boa tarde, Dra. Ah...Esta semana já comecei com os trabalhos. Mas foi um bocado atribulada. Esta segunda-feira fiz aí as actividades funcionais, com o grupo...

S: As actividades são feitas fora de Alcoitão...

P: É isso. Pronto, comecei e caí da cadeira a subir o passeio, fiquei meio avariado das costas....pronto, depois quarta-feira falou-se da minha situação, parece que está resolvida. Aquela crise que eu tive, a infecção urinária, pronto, parece que está tudo bem agora. Mas tenho andado assim, ainda a meio gás. Pedi na quarta-feira para a médica reduzir a dose de anti-espasmoides, para ver a reacção. Ela reduziu, mas muito pouco...mas eu... também só passou um dia, mas ando com espasmos que é uma coisa...é uma coisa brutal. Depois é o estar na cadeira que me começa a dar dores nas costas...

S: O ter estado tanto tempo deitado, como consequência sua complicação, custa-lhe agora retomar a cadeira...

P: Se calhar...poderá ser isso, tem razão. Enfim, olhe...como lhe disse a semana passada custa-me arranjar motivação. Força...no outro dia veio cá um agente do tribunal de Cascais, devido ao processo-crime que instalei...veio fazer-me uma avaliação de danos corporais, pediu o relatório médico à Dra., enfim, olhe, as coisas vão andando... (pausa) hoje tornei a borrar-me outra vez...ainda não consegui regular o treino intestinal...

S: E isso incomoda-o...

P: Incomoda-me muito...a algália é um bocado enganadora, uma pessoa anda com a algália e não se lembra e pode beber o que quer, mas, tem de facto a desvantagem de ser um óptimo veículo de infecções e transporte de bactérias...acho que vai condicionar a bexiga. Atrofia a capacidade dela...está em drenagem continua...

S: Ainda não aprendeu a fazer o treino?

P: Eu cheguei a aprender, mas nos últimos quatro ou cinco dias comecei a ter muitas perdas e depois chegou-se à conclusão que era da infecção urinária. Mas já tenho medo de tudo, da algália e de estar algaliado...

S: Medo? Pode explicar um pouco melhor?

P: Das consequências...das perdas e dos esvaziamentos...estou há sete meses nisto e não consigo regular. Os outros fazem os esvaziamentos certinhos, e eu...enfim...já fui à primeira consulta de disfunção sexual, com a Dra...

S: Elisabete?

P: Não...com a Dra. Maria...

S: Sim. A Dra. Maria e a Dra. Elisabete, a Psicóloga.

P: Pois não sei como será...

S: Sei que tem duas vertentes. Primeiro uma consulta médica e, depois, um suporte complementar da Dra. Elisabete.

P: Pois, a Dra. já me tinha falado, mas ainda não sei ao certo como é...tenho outra consulta dia 8, mas aproveito já para a informar que, com muita pena minha, se calhar vou deixar o seu trabalho a meio...

S: Então?

P: Isso se calhar é mau, não? ...

S: (sorri) ...

P: Porque eu pedi na semana passada à seguradora para me transferir para São Tomás de Aljustrel. Aguardo a resposta, estas coisas demoram. Terão de ser enviados relatórios...mas como me falou em cinco sessões...temo que seja interrompido...

S: Podemos tentar arranjar uma solução, falarmos duas vezes por semana...

P: Pronto, eu tinha de lhe dizer isto. Mantenho a minha vontade em colaborar e ajudá-la. Tinha de lhe comunicar esta contingência. E aparte do seu estudo, irei deixar muita coisa a meio, mas, espero retomar...

S: Aqui, não...Acabou por sentir que não resultou.

P: Bem, eu não posso...já lhe falei um pouco a semana passada sobre o que penso. Agora a verdade é que não vou lá para baixo com grandes expectativas, ou melhor, com nenhuma...

S: Mas porque acha que pediu transferência?

P: Em primeiro lugar e principalmente para estar mais perto de casa. Porque sinto muito pouca confiança ainda e muito pouca capacidade para controlar, para combater, a espasticidade. Para ir um fim-de-semana a casa e estar sujeito...é medo. Dar trabalho aos pais, enfim, sinto que não estou ainda preparado. Ficar mais perto de casa possibilitar-me-á ter mais visitas e presença dos meus pais. Aprendem eles um pouco mais a lidar comigo e, o facto de ir a casa, permite-me ver o que é necessário fazer de obras para quando tiver alta. Começar a aperceber-me em casa do que preciso, do que é estar lá fora...o que fazer, etc.

Essa é a razão principal. Não lhe vou negar nem esconder que, de facto, se me sentisse muito bem aqui não ficaria. Estou aqui há três meses, o último parado, mas não vejo melhoras nenhuma...se calhar estou no meio do internamento, nunca iria a mais de seis meses...

S: Os internamentos e as durações dos mesmos variam sempre...

P: Sim, mas em princípio...mas pronto...

S: O apoio e a presença também são importantes...

P: Claro. Lá, eles estão mais perto...Se por um lado sei que estar perto é positivo, por outro sinto uma espécie de peso...por estar a confrontá-los mais de perto com esta realidade. Por vezes, muitas vezes, estou desmoralizado e não me apetece lidar com ninguém e, não quero passar este sentimento para eles...mas, estar mais perto de casa é bom.

S: Que idade têm os seus pais?

P: A minha mãe tem 58 anos e o meu pai 63 anos. Pronto...para a idade que têm eu acho que estão um pouco desgastados. A minha mãe é uma pessoa com muita força e cheia de energia, mas há 3 anos foi diagnosticado um cancro da mama e ela...

S: Ainda está em tratamento?

P: Não. Agora já está em fase de controlo. A coisa parece que estabilizou. Fez uma...retirou parte do seio. O meu pai...pronto, com 63 anos viveu isso tudo. Viveu isso tudo e, foi combatente no Ultramar, fez duas comissões e sofreu muito na guerra. Entregou-se ao alcoolismo...está um bocado fragilizado e, enfim...

S: Tem feridas...

P: Muitas feridas... de maneira que... pronto agora tenho de recomeçar a vida. É na casa deles que terei de o fazer. De facto convém aproximar-me...

S: É neles que vai retirar força, ou parte dela?

P: (Pausa) ...Hum... é, até agora.... já lhe disse a semana passada, força não tenho ido buscar a lado nenhum. Neles vejo, mais uma âncora, digamos assim. Porque força... Mas enfim, vamos ver. De maneira que, o simples facto de não estar com expectativas, pronto... é assim...

S: Falou-me da consulta de disfunção sexual...como foi?

P: Ela tem um questionário médico grande para preencher. Preenchemos a primeira parte, relativamente ao antes da lesão. Depois aproveitou para me elucidar sobre alguns aspectos...algumas coisas eu já tinha noções. São conversas que no fundo ainda me desmoralizam mais. Só vêm confirmar as suspeitas que eu já tenho. As dificuldades, as incapacidades, as impossibilidades. Mas...enfim, enquanto cá estiver, gostava também de seguir o acompanhamento dela, porque de facto, penso que posso aprender algumas coisas.

S: O que lhe disse a Dra., relativamente ao futuro? Em termos de erecção...

P: Quer dizer, em princípio...ainda não falámos muito desses pormenores. Dá para ter uma ideia, de que devido à minha lesão, erecção controlada não há, ejaculação também não e a espermatogénese, por sua vez, vai reduzindo. Falou-se em fazer uma recolha no prazo máximo de um ano e já se passaram sete meses...enfim...certas coisas que, não eram certezas nem dúvidas, mas que se vão confirmando...gostava de facto de aprender com ela alguns pormenores que desconheço e técnicas...experimentar algumas técnicas alternativas que eles têm. Se bem que, eu começo a dar-me como derrotado. Não vejo esperanças num futuro vesical e intestinal e já me vou sentindo derrotado por isso. Quando há uma esperança é fácil, quando não... Apesar de eu usar um terço benzido ao peito, sempre acreditei, por mais que durante muitos anos tenha evitado essa crença, sempre acreditei numa entidade superior muito para lá da compreensão humana...mas não acredito propriamente em milagres. A única esperança que ainda poderei ter é num milagre científico “qui çá” até autorizado por essa entidade superior. Mas, a ciência não é tão rápida quanto se quer, de maneira que...os intestinos e a parte vesical não há grande esperança a ter. A parte sexual...por mais que a minha lesão seja complicada, por mais que me permita ter uma erecção...

S: Involuntária?

P: Eu tenho erecção por “epismo”...dependendo das posições. Quando estou em dorsal, mas lá está, estou com dores abdominais, com espasmo. Assim também não é praticável, mas a verdade é que ainda tenho erecção. Assim que se dobra as pernas e perco a espasticidade, a erecção vem. Por mais que eu consiga ter uma erecção sustentada por fármacos, e por mais que eu encontre alguém que faça uma vida assim comigo, vou-me sentir derrotado na mesma. É como disse a semana passada, nunca foi uma coisa que fosse primordial para mim, mas agora que não tenho essa função...é muito peso, muito peso. Sinto-me...sinto que fiquei incompleto. Que fiquei incompleto. E, depois esta parte da fecundação, que...a paternidade... essa sim foi uma novidade quando eu tive o acidente. Fui informado e fui ficando com umas luzes que se vão agora confirmando, que a espermatogénese iria ficando bloqueada, vai perdendo capacidades...e...há uma grande probabilidade de uma pessoa ficar estéril.

S: E não pensa fazer essa recolha que lhe falaram?

P: Sim...mas a Dra. fala nesse período de um ano e já passaram sete meses. Fala que, pelo menos por Alcoitão, o pedido terá que ser encaminhado pelos médicos. Só quando eles entenderem é que avançam. Poderia talvez avançar pela minha responsabilidade, dirigir-me a uma clínica...depois também há outras questões, o facto de haver ejaculações internas e o esperma deslocar-se para a bexiga...

S: Pode haver complicações...

P: Sim...enfim, são coisas assustadoras. Eu por acaso lidei com um senhor que esteve internado, agora já teve alta. Ele acabou por ser direccionado para uma operação e foi operado por um urologista a um testículo. Teve um problema qualquer que deu origem a uma infecção no testículo, tudo provocado por essas complicações.

S: Isso assusta-o...

P: Assusta...e leva-me a concentrar-me muito no assunto. Leva-me a ter uma descrença muito grande nessa parte. Vou começar a relativizar a situação...relativizar não...

S: Não pensar?

P: É... não pensar tanto nisso e, começar e resignar-me a uma vida celibatária, involuntariamente celibatária.

S: Forçada...

P: Forçadamente celibatária...depois também, por mais erecções que se tenham, com ajuda e tal...fica sempre o trauma, o medo de não conseguir.

S: Assusta-o pensar nesse medo de não conseguir estar, perante uma mulher?

P: Assusta, quer dizer... mesmo tendo ao meu lado, uma parceira que tenha disposição para tal...acho que também é constrangedor e é, nem é só por mim...depois também há outro pormenor, que é a espasticidade. Tudo isto são pequenas questões técnicas que eu acredito que haja maneira de as controlar, mas é muita coisa ao mesmo tempo, para pensar em contornar. O causar uma erecção artificial e depois conseguir controlar a espasticidade de maneira a poder deitar-me com uma mulher...é...muita coisa. E eu fico triste porque, lá está, uma ironia da vida. Eu...cometi alguns erros, tenho de admitir que sim, e admiti-os na altura. E...tive até algumas oportunidades em que não me desculpei...de facto cometi alguns erros...mas de maneira geral, não sou uma pessoa oportunista, nem muito manipuladora. Nunca fui muito de usar o sexo oposto, fosse em que circunstância fosse. Nem o sexo oposto nem ninguém. Tenho sido sempre sincero, as coisas foram começando e acabando duma forma normal, mais ou menos normal. Sincera. E agora pronto, lá está mais uma ironia, quer dizer...

S: Vê isto como um castigo?

P: Vejo...vejo isto como um castigo... não digo por quem, nem como, mas é um castigo.

S: Falou-me que pensa no que fez ou, no que não fez para estar assim...

P: É... não penso muitas vezes, mas penso. Mas são tantas ironias no meio disto tudo. Coisas que não queria fazer e que agora provavelmente terei de fazer, coisas que precisava de

fazer e que agora não poderei... vejo tantas mudanças que... tudo me leva a crer que é mesmo castigo. É um castigo. Não porque fiz isto ou aquilo, ou por este ou aquele, mas isto que estou a viver é um castigo. As minhas atenuantes são os braços. “ah e tal, ficaste com a cabeça”. Pois fiquei, mas se calhar se tivesse ficado afectado intelectualmente e não soubesse nem percebesse como estava, se calhar... pois não sei. Mas a atenuante são os braços e, como lhe disse a semana passada, há uma diferença muito grande. E tudo o resto são castigos... o não poder correr mais na praia, não poder usar mais a minha função sexual, perder a dignidade total. Uma pessoa borrar-se... isso para mim é uma coisa que me faz muita confusão. Hoje estava no ginásio, não percebi pelo cheiro, e a fisioterapeuta ia começar a dar-me uma massagem nas costas e lá senti o cheiro, espreitou e disse que eu estava todo sujo... cada vez que isto me acontece, é uma facada, uma facada na minha moral, na minha dignidade enquanto homem... comecei a fazer os esvaziamentos, estava a correr bem, e comecei a ter perdas, agora, depois, daqui a bocado... num dia não me apercebi, no outro também não... porque estava a fazer isto ou aquilo no ginásio... aconteceu a primeira vez, quando estava na cama, ia virar-me e, comecei a urinar-me... isso ficou... foi a primeira vez.

S: É o estar a ver e a não conseguir controlar... Sente como um retrocesso?

P: (pausa longa) É muito estranho... por comparação com outros, pelo menos aparentemente, não me parece fácil de conformar com este tipo de situação. “ Que se lixe... é assim mesmo, limpa-se”. Não... isto são facadas...

S: A dependência do outro para o ajudar...

P: Sempre... são facadas. (pausa)

S: Já esteve com amigos seus?

P: Já...

S: Como se sente quando está com eles?

P: Sinto-me bem. Olhe, no hospital de São José fui visitado por mais de duzentas pessoas. Foi uma coisa fantástica. Um ou outro conhecido, de resto, era tudo gente amiga. Da república, da universidade... não tinha a noção que as pessoas se predispusessem... aqui não aparecem muitos, mas continuam a aparecer. E, geralmente sinto-me bem. Lá eles davam-me muito conforto. Aqui, pelo que estou a passar, estou numa fase mais isolada... calha o discurso ser mais negativista.

S: Como se sente nessa solidão que fala?

P: Sinto-me bem, sinto. Não sinto falta de falar com este ou aquele, e quando vêm falar comigo, até agradeço que se calem...

S: Porque acha que se sente assim?

P: Porque...não sei, passou pouco tempo, sete meses, mas já tive em duas fases distintas. A fase moralizada em que aceitava ajuda e estava motivado a trabalhar e recuperar o que pudesse e a fase desmoralizada, descrença, resignação e isolamento...o pessoal liga-me muitas vezes e eu não atendo. Não quero falar. (pausa) E as conversas que a malta diz “força, esperança, coragem”, nada disso me sabe bem. Toca e eu não atendo... penso muitas vezes em ir para casa e isolar-me. Ponho a algália e isolo-me. Perco-me no computador, jogos, filmes...

S: Acha que o ajudaria a sentir-se melhor?

P: Provavelmente não...ia colapsar.

S: Às vezes é mais fácil fugirmos...do que enfrentar...

P: É. Não sei de facto como viver a minha vida. Se me devia tornar um fugitivo ou um lutador. A malta sempre disse que eu sou um lutador, por tudo o que passei...

S: Como se vê quando lhe dizem isso? Olhando para trás...

P: Tenho dificuldade em que me identifiquem como um lutador puro. Quem me conhece bem já me viu lutar contra muita coisa, mas sinto e sei que nunca fui um lutador puro. Tive muitos momentos em que me fui abaixo, muitos em que tive quase a desistir...e no fundo, olhando para pessoas que essas sim eu considero lutadoras, acho que estou alguns furos abaixo. De maneira que quando as pessoas me dizem isso, isso entra-me não como estímulo e conforto, mas como...por vezes até penso “opa está calado que só tás a dizer isso para me animar”...outras vezes penso “agora vamos a ver se eu sou realmente lutador”...mas pronto, em geral sinto-me bem. Uma pessoa ser visitada é sempre bom. E...quando a conversa não se foca na minha situação, consigo passar momentos agradáveis. Agora, ir a casa deste ou aquele, beber um copo... pronto, fui perdendo a força e a vontade de o fazer, porque tenho uma espasticidade tremenda e tendo esta irregularidade toda no treino vesical, comecei a não pensar ir a casa dos amigos, ir aqui e acolá... tive um convite e quase me arrastaram à força para ir ver um concerto. Ah... no dia 4 ou 5 de Abril, no Campo Pequeno... gosto, mas... não fui. Nessa altura até estava acamado. Mas o simples passeio de carro, não quero. Não quero porque já o fiz e custa... meterem-me no carro, tirarem-me do carro, estar sempre com a paranóia das perdas. Depois acabo por ficar aqui, a olhar para as paredes (pausa).

S: E quando pensa em sair à noite, estar com os seus amigos num bar...

P: Essa ideia foi logo posta de parte. Vinha motivado e esperançado, no início, mas ao tomar consciência e contacto com as regras e funcionamento do Centro, percebi que não poderia sair durante a semana. Não posso sair durante as 16h e voltar às 2h da manhã.

Implicaria uma noite fora e, lá está, fui-me apercebendo das minhas limitações e dos meus medos, das minhas perdas...noites fora, para mim não dá. Depois já sofri uma escara, tenho imenso medo de ganhar outra e, também não estou para por esse peso nas pessoas e estar constantemente a chamar por alguém. Geralmente dizem que eu não marco muito a pele, mas por exemplo, hoje estive 2h a alternar entre a cadeira e o colchão e, cheguei à tarde e tinha a pele toda vermelha. Enfim... já conheci aqui um rapaz que, até foi embora hoje e, esse sim, é muito corajoso e lutador. Ele fez um primeiro internamento aqui, ao fim de quatro anos de lesão. Na altura fez uma fisioterapia no Curry Cabral, depois para o hospital de Santarém, foi operado a uma escara que ficou mal curada, antiga e profunda e, desta vez conseguiu colocação aqui. É um rapaz que esteve aqui quatro ou cinco meses e só há um mês anda em cadeira de rodas, andou sempre de maca (...). Porque é que eu digo que ele é lutador. Não só pela história de antes, mas pelas provas que dá aqui. Anda sempre de um lado para o outro, não teme escaras, não teme nada... o que tiver de fazer faz... faz os esvaziamentos, mas se tiver de meter um algália põe, procura ir a todo o lado, não tem relações sexuais, também não se importa, há outras formas, agarra e beija... diz e mostra que faz aquilo com uma naturalidade e força de vontade que, de facto é de invejar. Tem a lesão há quatro anos. No princípio reagiu mal, mas depressa se adaptou e não há dias maus. Por mais que as coisas até corram mal, ele vê sempre o lado positivo. Eu isso nunca fui... sou uma pessoa com propensão a picos. Ou era capaz de alcançar um pico bom em que nada me parava, nada nem ninguém, e daí se calhar me chamassem de lutador...como era capaz de ter picos baixos e negativos, em que fugia e me isolava e não enfrentava os problemas. Sempre fui uma pessoa assim. De facto invejo esse tipo de atitudes. Eu desde o principio que senti e tive noção do que me aconteceu... sempre consciente... e já em São José eu pensei, “bem, tens de te tornar autónomo e dar o menos trabalho possível aos teus pais e pessoas que te rodeiam, mas viver a vida”...

S: Tentar fazer uma vida normal, dentro das suas limitações...

P: E agora...não estou a ver nada disso.

S: Quando pensa no futuro, o que pensa?

P: Neste momento, quando penso, não vejo nada. Vejo-me em Aljustrel e a aliviar a cabeça do que vi aqui, que entretanto se tornaram fantasmas na minha cabeça... mas encarar os meus problemas, uma enorme espasticidade. Vou e estou sem expectativas... procurar ficar bem comigo próprio. Vejo-me a passar um período de internamento...mas lá está, isso é o que vejo agora. Depois vejo-me a ir para casa, com mais ou menos aprendizagens do que as que já tenho hoje, vejo-me a ir para casa e não vejo mais nada depois disso. Casa e...vejo-me a

reagir conforme reagia quando estava nos picos mais negativos. Muito apático e melancólico, pouco comunicativo e agora, talvez, um pouco mais revoltado, a trazer uma certa nuvem cinzenta para dentro da casa. Vejo-me assim. Tenho um amigo, trabalhador, empresário que quer, a toda a força, montar uma empresa comigo...mas não vejo nada disso...

S: Porque diz isso?

P: Porque não sinto capacidade para ultrapassar os meus obstáculos, o borrar-me, os demónios que andam à solta na minha cabeça e não consigo ultrapassar isso para me concentrar em estudar, trabalhar, ler. Não estou a ver nada. Está a tornar-se paralisante. Sempre ouvi música, vários estilos, a música diz-me muito. Havia aí dois ou três concertos próximos, que eu queria ir ver. Motivei as pessoas a ir e, queria comprar logo os bilhetes que era para não desistir. Não comprei os bilhetes e agora já não sei, ou melhor agora digo para mim próprio que já não compro os bilhetes. Por um lado daqui até lá, pelo que me tem acontecido, pode acontecer muita coisa e por outro, porque me cansei...é o medo. Vir de carro não sei quantas horas, estar não sei quantas horas na cadeira, comer... não estou preparado...

S: Todos temos os nossos medos... era uma pessoa com medos, antes da lesão?

P: Eu era uma pessoa destemida, corajosa, um aventureiro...essas características manifestavam-se muito em mim, mas ao mesmo tempo havia um medo latente. Medo de tomar certas decisões e atitudes na vida. Eu descobri isso no Exército. Descobri que, por mais corajoso que eu fosse, não o era suficientemente para lutar contra mim próprio. É difícil de explicar...sinto que me tornei algo calculista, por vezes pessimista. Enfim, havia qualquer coisa em mim que me prendia e não me deixava partir para voos mais altos. Mas no dia-a-dia, em certas situações com que me deparava, acompanhado ou sozinho, eu dava um passo em frente. Se fosse acompanhado era o primeiro e se fosse sozinho era o único. Tive provas de grande coragem e bravura...situações na vida em que, se calhar outras pessoas pensavam duas vezes se enfrentavam ou não...mas havia sempre algo que me prendia...era nisso que estava a trabalhar. Deixar de valorizar coisas que valorizava e a dar valor a outras. Começar a fazer planos mais a longo médio prazo. Tentar focar-me em coisas mais palpáveis e concretas. Fomentar em mim novamente o gosto pela actividade física. Estava a operar essa transformação, tentar cortar totalmente esse medo que vinha não sei de onde e me paralisava.

S: Sabe agora de onde vinha esse medo?

P: Não...não. Sei, é fácil sempre apontar para a juventude, para a infância...de facto não foi fácil, mas concretamente não sei. Também nunca questioneei essa mudança que se deu na minha vida, por volta dos meus 18, 19 anos, quando iniciei a fase adulta. Tornei-me

diferente, eu era mais optimista e... houve coisas que se mantiveram, a coragem, a bravura, o ser destemido, de certa forma manteve-se, mas eu conseguia ser muito mais optimista, mais caloroso, afectuoso e depois esfriei.

S: Quer falar-me um pouco sobre isso?

P: É uma mudança que se dá na minha vida que eu não consigo identificar bem. Pensei numa série de situações, mas...trazia um medo grande, às vezes até de triunfar ou fracassar...eu tinha a noção que estava a passar por um processo de transformação. Eu impus a mim próprio regras, metas e, comecei...neste último ano antes do acidente. E agora sinto-me novamente perdido, agora ainda mais. Já nem consigo distinguir bem as coisas que sinto. Se tenho ou não medo, se sou ou não corajoso. Perdeu o valor...só me consigo focar no negativismo. Ninguém imagina o que me custa... as pessoas que estão de plena saúde, pelo menos não sofrem deste tipo de doença, não conseguem imaginar...podem fazer uma ideia, mas não se aproxima em nada do que realmente é. Não conseguem saber o real sentimento que um adulto sente quando, de um momento para o outro perde a sua autonomia...

S: Pensar e viver as coisas tomam um peso mais real...ter consciência que vive e que pensa no que sente é complicado...

P: (pausa muito longa) É...agora que estou assim...até a possibilidade de escolher sobre a minha vida ou morte, me está impossibilitada em respeito aos meus pais. É muita conversa negativista, não sei se será tendências suicidas, mas como lhe disse... (pausa) ... enfim, é para isso que servem os meus pais. Para me puxarem, me servirem de âncora. Tenho medo depois de vir a exteriorizar sobre eles, uma certa factura. Já lhe disse, se não tivesse os meus pais, eu acabava com a minha vida. Tratava do que tinha a tratar e quando entendesse que estava pronto, sei que seria em breve, ia-me embora. Tenho medo de ser uma fonte de problemas e um bode expiatório na minha vida. Já tivemos os nossos problemas, agora não tanto, mas...tenho medo...sei que é injusto se isso acontecer, mas sinto que a factura agora é muito elevada. Já sofrem indirectamente, vêem e ouvem coisas que os deixam tristes. Mas tenho medo que isso possa acontecer. Numa fase mais positiva pensava numa maneira de unir certas desavenças, dar força aqui e acolá, um carinho e um afecto (coisa que não fazia) ...

S: Sente que ficou menos afectuoso?

P: Sinto que mudei desde a entrada na fase adulta, 17, 18 anos, não sei. Identifico situações. Uma situação muito triste que aconteceu com o meu pai aos meus 17 anos, a minha entrada na faculdade que me surpreendeu imenso pela negativa, uma série de relacionamentos afectivos e amorosos que deixaram de ter seguimento, de certa forma fiquei menos confiante.

S: Nos seus relacionamentos, sente que era menos afectuoso no contacto físico?

P: Tinha os dois extremos. Tive um relacionamento, este último, em que era capaz dos dois extremos. Também depende sempre da outra pessoa. Sinto que por vezes fui algo frio, pouco sentimental, mas também era capaz do outro lado, de fazer a outra pessoa sentir-se muito bem, de influenciar positivamente a outra pessoa, dar carinho e afecto. Não perdi essa faceta, só sinto que em determinada altura, se tornou mais difícil fazê-lo. Falar de sentimentos...eu era muito bom a ouvir os sentimentos dos outros e, por vezes, até para ajudar e dar umas linhas orientadoras (baseado no que já vivi), mas deixei de o fazer...perdi, e tornou-se mais difícil verbalizar assuntos mais abstractos, como sentimentos.

S: Falou-me na situação do seu pai...sente que, por ser filho único, teve de crescer mais rápido...?

P: Pois, quer dizer...há pessoas que por questões financeiras, mortes de familiares, tiveram de...eu acho que amadureci, eu acho que fui sempre um pouco precoce. Fisicamente não, é curioso, mas mentalmente, psicologicamente acho que fui bastante precoce. Comparando até com colegas, eu tenho essa sensação. Cresci um pouco apressadamente, há ali uma fase na adolescência em que cresci bastante. Apercebi-me de muita coisa à minha volta, muita necessidade. Mas não posso dizer que fui uma pessoa carenciada. As carências económicas que tive na vida, foram numa fase inicial, ainda em criança, quando passámos do Porto para o Algarve. Os meus pais saíram de uma casa, ou melhor, de uma mansão com não sei quantos quartos, para uma roulotte onde vivi durante uns anos. Mais tarde adquirimos outra maior e só depois comprámos um apartamento. Vim duma vida de classe média-alta, em que era protegido e, de repente, mudámo-nos para uma situação diferente. Graças à profissão da minha mãe, professora, na altura boa, a carreira correu bem e fomos angariando melhores condições de vida. As coisas foram ultrapassadas. Aos meus 13, 14 anos, a nossa vida estabilizou. Nunca faltou comida nem roupa. Enfim...cresci e sofri. Nesta fase sinto que comecei a amadurecer noutros aspectos. Fui para a faculdade aos 21 anos. (pausa) No campo sexual não sei se tem alguma pergunta mais directa...

S: Não...eu gostava de perceber melhor como se sente... com esta mudança toda e esta questão do “antes” e do “depois”.

P: Lá está, antes eu não posso dizer nada. Nunca fui muito realizado nesse capítulo, mas estava dentro do aceitável. Até aos meus 19, 20 anos, estava realizado nesse sentido e muito mais satisfeito com a vida que levava. Depois, com todas estas reviravoltas, com o facto de me ter tornado mais frio e mais distante, menos auto confiante, com menos amor-próprio e menos auto-estima, tornou-se mais complicado relacionar-me. Mas...olhando para trás, acho

que até tive uma vida sexual satisfatória. E agora lá está como lhe digo, não vejo vida sexual. Não vejo nada, porque a libido parece que... parece que está a desaparecer. Quando estava mais optimista, numa fase mais optimista, pensava que se conseguir provocar uma erecção automática, que se lixe, gasto dinheiro e vou a uma prostituta, ao menos para ver e não ter aquele receio e aquela barreira social de... já recorri algumas vezes à prostituição e, não me choca muito. Nem a feminina, nem a masculina. Bem, eu até agora acho que sempre fui heterossexual ou pelo menos não tive grandes dúvidas. Tive algumas dúvidas, mas nunca grandes dúvidas.

S: Porque diz que teve algumas dúvidas? Alguma vez teve desejo por algum homem?

P: Não. Mas nessa fase, 21, 22 anos, tornei-me de facto... com as características da minha personalidade, ganhei dificuldade em me relacionar com o sexo oposto. Cheguei a questionar-me o porquê. (pausa) Porque é que eu, será que tenho interesse por homens? Passei algum tempo de abstinência sexual, não digo provocada, mas casual. Não me esforçava por procurar e até rejeitei uma ou outra vez. Falta de coragem, no fundo era medo. No fundo era medo. Esses medos que começaram a aparecer em mim. Medo de fracassar, de avançar, triunfar. Era uma pessoa destemida, por isso não entendo esses medos. Houve uma ou duas conversas que tive na altura certa e com a pessoa certa, em que me apercebi e tomei consciência de que nunca tinha tido nenhum interesse ou curiosidade, aliás, tive convites, na adolescência, para isso e sempre foi uma coisa que me repugnou. Será que eu não me aproximo de uma mulher porque quero aproximar-me de um homem? Mas ultrapassei essa fase. Cheguei a recorrer à prostituição.

S: Por ser mais fácil?

P: Sim, talvez por isso. Dessa vez que recorri, contribuiu para passar uma esponja na minha cabeça, de facto não tinha dúvidas. Pronto, a dificuldade nos relacionamentos, é exactamente em me relacionar, em me dar a conhecer e arriscar. Mas já não de uma forma tão exacerbada, porque acabei por ter um relacionamento sério e estável, duradouro. Foi bom e, todos os relacionamentos que tive foram bons. Este é o que guardo com mais carinho a todos os níveis por ter também durado mais tempo. Não há nada melhor que uma pessoa conhecer a outra e, quanto mais se conhece, mais se quer conhecer. E eu vivi isso mesmo. Depois, acabou por acabar, por medos, lá está.

S: Medo de avançar?

P: Medo de avançar, de ver o que vem a seguir, de arriscar...

S: Pensa no porquê da existência desses medos?

P: Neste caso concreto, porque não era fácil. Conhecemo-nos na universidade, relacionámo-nos de uma forma muito próxima e intensa, por sinal vivíamos perto, e foi intenso. A verdade é que há coisas em mim que ela nunca gostou nem gosta e há coisas nela que eu nunca gostei nem gosto. Talvez houvessem incompatibilidades. Acabou, porque terminámos o curso, ela tinha oportunidade de emprego na zona dela. Eu não tinha nenhuma oportunidade de trabalho e deu-se este dilema, vou ou não atrás de ti?

S: Era uma decisão importante.

P: Era. E...sem ela ter feito muita pressão, nem ter tomado uma decisão firme, não era característico dela, eu decido e retirei-me para a minha zona. Mantivemos contacto ainda por um tempo, até porque mais tarde retomámos o namoro. Mas eu fui frio. Afastei-me e, na altura, cortei mais o contacto. Ela era uma pessoa insegura, ciumenta, dependente, não me dava garantias de paz interior. Mantivemos certo contacto, umas vezes a bem outras nem tanto. Recentemente, novamente por reaproximações geográficas, havia a hipótese de nos voltarmos a ver mais regularmente e então houve uma aproximação prévia, estarmos juntos e passarmos bons momentos e, decidimos (eu pelo menos tinha decidido) e arriscar, eu estava decidido a isso. O Exército ia levar-me para aqui e acolá, estaria mais presente e ia dar continuidade à relação. Estava disposto a isso. Depois veio o acidente e tudo se alterou. Essa pessoa chegou a visitar-me no São José.

S: Sente que foi o P a afastar-se, ou a promover o afastamento?

P: Talvez de uma forma um pouco abrupta, recentemente...enfim, olhe...

S: Sente falta?

P: Sinto. Sinto falta dela e, sobretudo, sinto falta de alguém que esteja ali. Que me faça sentir como homem...

S: Sente que a sua visão ficou alterada?

P: Sinto que isso foi muito abanado. Neste momento...não me sinto um homem. Sinto-me quase uma coisa que anda aqui em cima de uma cadeira de rodas. Um homem não se borra, não se mija, um homem não vê uma mulher a passar à frente e não sente desejo ou não reage, um homem não tem este tipo de questões, um homem olha para a frente e luta, batalha. Não me sinto uma mulher, mas neste momento sinto-me...não sei, parece que o tempo parou para mim...

S: Parece que precisa de se encontrar outra vez...

P: Se é que algum dia me encontrarei, mas sim, preciso de me encontrar. Assim como estou...já não me sinto. Em relação a esse relacionamento, já não me lembro, mas parece que foram três visitas que ela me fez. Entretanto afastou-se ainda para mais longe, mas das três

visitas que ela me fez, eu...não gostei que ela me visse assim nem gostei de a ver assim... não gostei de a ver, a puxar assuntos antigos que já não têm razão de ser e a tomar atitudes que eu pensei não serem importantes agora e...talvez de uma forma brusca, dá-me a parecer que a conclusão que eu ia chegar mais tarde, chegou agora. Foi...não é uma pessoa que eu encaixe. Se a vida tivesse ocorrido dentro da normalidade, se calhar atingiria essa conclusão mais tarde, ou até não, não sei. Mas cheguei. Depois isto leva-se para o campo de eu estar aqui preso e ela andar por aí...nunca fui ciumento nem possessivo, sempre apostei na confiança, e na sensibilidade das pessoas em estar bem ou não. Sempre senti essa confiança nos meus relacionamentos, mais ou menos longos, de parte a parte. Agora faz-me confusão, faz-me sentir...essa é uma das questões que, futuramente, eu não me vejo...ou encontro uma pessoa que de facto me dá muita confiança e me prova que gosta de mim como eu estou e que não precisa de mais nada, o que presumo eu ser difícil de encontrar, ou prefiro nem sequer experimentar. Aquela mulher conheceu-me de outra forma. Lá está, será que ela tinha capacidade de lutar comigo do lado, de me empurrar para a frente e puxar por mim? Não sei...

S: E o P, será que tinha?

P: Com ela? Com ela talvez não. Se calhar nem com ela nem com ninguém...não sei. Simplesmente há traços na personalidade dela que não encaixavam com os meus e agora, de forma muito rápida, esses traços ganharam mais peso. Não sei. Esses pensamentos, errados ou certos, começaram a aparecer. Quando vim para aqui, correspondeu claramente ao afastar dela. Devido às últimas conversas apercebi-me que a outra pessoa também sente o mesmo, logo há um afastamento. Até da parte dela...deixou de estar tão presente. Eu senti e acusei-a disso mesmo. E, sinto-a já muito longe. A verdade é que só passaram sete meses, neste caso é só, mas sinto-a muito longe, noutra fase construtiva da vida dela.

S: Mantêm contacto?

P: Não. Desde que a acusei, porque se os telefonemas eram semanais, passaram e mensais, por exemplo. Desde essa acusação, ela tentou aproximar-se, mas eu...fechei. Já não falo com ela, para ai há dois meses e não faço tensões de falar (pausa). Sempre esperei uma visita dela aqui, acho que era...eu aqui fui-me abaixo. Quando estava melhor, acabava por ser um pouco mais frio e, quando estava menos bem, aproximava e dava mais...agora é diferente, não se trata de passar fases menos boas ou melhores, trata-se de um quase esgotar de forças... eu contava muito com uma visita dela, apesar de todas estas situações...pronto. Contava. Desejei que ela viesse, mas estou a tentar não pensar. Lembrar os momentos bons que passámos os dois, só me faz mal. São momentos que eu já não posso repetir, nem...lembrar a

nossa vida sexual que era boa, muito menos me ajuda, só me deixa ficar mais frustrado. Evito pensar. De certa forma quero apagá-la do meu disco rígido.

S: O P quer que ela o conheça assim?

P: Não. Talvez seja isso (pausa) ... oh Dra. Que horas é que são?

S: 17h30min.

P: Se não se importasse eu gostava de ir embora agora deitar-me um pouco, descansar as costas...estou com espasmos e não sei, mas tenho a sensação de estar outra vez sujo...o resto dos dados, cientificamente, não sei como vai fazer, mas pronto, em termos de sexualidade vai percebendo um pouco que estou desconectado, estou como nunca pensei que estaria. Mudou tudo... pode ser que na próxima sessão já tenha mais alguma coisa para lhe dizer.

S: Obrigada por ter estado aqui comigo hoje. Até para a semana.

P: Até Dra. Espero não interromper o seu trabalho a meio. Tenho gosto em ajudar com o meu parecer.

3ª entrevista**Sr. P, 28 anos****06/ 05/ 08**

S: O Dr. João conseguiu encontrá-lo e avisá-lo que eu vinha hoje, não foi?

P: Encontrou sim.

S: E então P...

P: Pois parece que ainda não vou embora. Já começo a ficar um pouco...mas, curiosamente até tenho estado melhor aqui. Não sei se lhe contei, penso que não, no 25 de Abril fui sair com um amigo, ele vive no Cacém, e foi muito importante para mim. Foi positivo, tivemos umas conversas muito interessantes e são pessoas que me conhecem há muito tempo. Digo no plural porque também veio uma amiga que, por sua vez trouxe um amigo dela. Deram-me um incentivo e palavras muito certas e, pronto desde aí melhorei a minha condição psicológica. Andava, como lhe transpareci, andava mais para baixo, mas de qualquer forma começo a ficar muito ansioso com esta espera. Sei que a seguradora já contactou a Dra., pediu o parecer à médica e ela já respondeu. Prezo que tenha dito que não se opunha e tal, mas sei que ainda não contactaram o Centro de São Brás de Alportel e penso que devam ser estes os passos e a razão da demora. Não tarda nada passa o mês de Maio e eu já fiz o pedido há muito tempo.

S: E os tratamentos, estão a correr bem?

P: Sim...os meus inimigos já estão identificados, é a espasticidade, a falta de equilíbrio e a condição psicológica, quando estou bem estou bem, quando estou mal, estou muito mal, descrente. Mas estar com estes amigos até foi bom. Deram-me ânimo. Na sexta-feira preparava-me para ficar cá o fim-de-semana, fim-de-semana esse que tinha ponderado ir ao Algarve, mas lá está, os meus medos fizeram com que não fosse. Depois apareceram cá esses amigos. Fomos até à varanda do Centro, onde gosto de ir muitas vezes e estivemos a falar. Coisas muito acertadas e muito positivas. Umas que eu sei e outras que, às vezes, por estar mais negativo não foco tanto. Os sete meses que, se por um lado é muito tempo, por outro ainda é pouco. Para efeito de tratamentos é pouco, mas para mim já são sete meses assim. Para efeito de evolução da lesão é pouco, se bem que os efeitos que demonstro são típicos da lesão que tenho e que vou ter. Por outro lado, para pensar noutro tipo de cirurgias ou tratamentos, é muito precoce. Mas na minha vida são sete meses que parei de trabalhar. Não vejo nada, não faço nada, não procuro nada. Juntou-se a malta e disseram para jantar e tal e

pronto, foram buscar umas pizzas! Primeiro conseguiram convencer-me a estarmos e jantarmos juntos. Depois fomos jantar e surgiu a ideia: dia 25 de Abril, e se fossemos beber um copo? E eu não, não, não...mas porquê? Pronto são os meus medos que se enraizaram em mim e na minha vida. Ok, vou sair, vou dormir fora, são as perdas, as mudanças de posição à noite, o colchão, tudo me faz confusão...mas insistiram de tal maneira que lá disse que sim. Fui pedir autorização à enfermeira, que pediu à médica e que, por sua vez, disse logo que sim e lá fui. Pus a algália, para acabar com os problemas e fui. Este é um dos meus medos, agarrar-me à algália...

S: Esse é um medo que o P tem de trabalhar e de certa forma combater. Todo o seu corpo se está a habituar.

P: Agora não tenho tido perdas. Mas nunca sei amanhã. Os espasmos relaxam os músculos e descontrolam os esfíncteres. Tem de se beber às horas certas, em quantidades específicas, enfim. Mas pronto, lá fui e foi interessante. Fomos a um bar, em Massamá, beber umas imperiais e dormi em casa desse meu amigo. Ainda estivemos a falar até às tantas, foi bastante positivo. Como lhe disse, eu vivi muitos anos num parque de campismo, o meu pai trabalhava lá e a minha mãe era professora em Armação de Pêra. Conheci muita gente, a malta parava lá toda e, foi lá que o conheci. Só estava com ele quinze dias, mas eram muito intensos. Com entradas e saídas de carro e como a casa dele é minúscula, houve uma parte que ele teve de andar comigo ao colo, o que deu para ver algumas dificuldades que vou ter.

S: Pode pensar que esta sua saída, foi um medo que ultrapassou. Saiu e dormiu fora. Uma etapa...

P: É, e agora estou com outra motivação. Tudo se alterou, fiquei com outra disposição. Esta semana fui ver o jogo do Sporting no estádio. Convidaram-me e eu aceitei por aceitar. Primeiro não sou muito de futebol, depois sou da Académica e, não gosto muito do Sporting. Não tinha muita vontade de ir, mas não desisti e fui. Foi interessante. No fim-de-semana fui almoçar a Cascais e ainda demos lá uma volta. Este fim-de-semana também já tenho umas coisas combinadas. Antes ia por obrigação, agora vou porque realmente tenho vontade. Agora espero manter esta motivação, que aliás sempre tive até esta fase mais negativa.

S: Os seus pais vêm cá?

P: Só não vêm mais, bem é difícil... Ambos estão reformados, temos cinco cães e fica tudo mais complicado. O meu pai tem algumas dificuldades, como é que eu digo, não lhe é fácil encarar vindas para aqui. A minha mãe por vontade dela vinha mais vezes, mas eu é que não quero. Ouça, eu, acho que o lugar da minha mãe, apesar de tudo, não é à beira da minha

mesa-de-cabeceira. De facto vivi com os meus pais e agora tenho de voltar a viver, mas espero que eles estejam lá quando eu pedir.

S: Para uma mãe, não lhe parece... (ele interrompeu-me)

P: Injusto, eu sei, talvez seja, talvez. Mas isso é um problema que já vem detrás. Sou filho único e a minha mãe sempre foi uma mãe, não diria galinha, mas...os meus pais nunca me puseram travão, mas a minha mãe sempre fez questão de estar mais perto. Até certa fase da minha vida, a minha mãe sempre foi como melhor amiga. Depois eu afastei-me. Mas de algum tempo para cá que eu tento tornar-me independente. E à minha mãe, talvez de uma forma incorrecta, eu tenho tentado afastá-la.

S: Quanto mais próxima, mais o P se sente dependente?

P: Antes talvez de forma inconsciente, agora de forma consciente. Agora tenho noção de quanto mais perto de mim as pessoas estiverem, mais eu me sinto dependente. O meu pai não tanto, porque temos um relacionamento diferente. Sempre procurei que estivessem lá quando pedisse, eu sei que é egoísmo, mas se eu precisar de ajuda eu peço e se puderem ajudam. Tem sido mais ou menos assim que eu tenho encarado. Enquanto eu estive em São José, ela ia todos os dias ao hospital e isso já me estava...aí ela foi para baixo. Esteve o mês de Outubro quase todo no Algarve, depois veio novamente em Novembro mais uma semana e eu também já estava, aquilo já... mesmo pelos telefonemas diários, às vezes parece mais forçado e até isso me faz confusão. Às vezes sinto que não tenho nada para dizer. Eu sei que é injusto e frio, mas...já vem detrás, a Universidade, o facto de eu ir para o Porto e do meu afastamento. Depois quis porque quis ir passar comigo o Natal, eu até entendo, mas eu não estava com grande espírito. Disse que sim, mas não havia comemoração para ninguém. Não fazia sentido. Ela fez anos e tal e ainda estivemos os dois a conversar. Passou-se. Depois quando vim para cá ela acompanhou os primeiros dias, ainda voltou quando o meu pai veio a uma consulta de psiquiatria. Depois vieram em Fevereiro e ela esteve cá na última semana da Páscoa. Isto para lhe dizer que eles me têm acompanhado e, só não vêm mais porque eu não quero. Sinto que não...sei que no princípio vou estar muito dependente deles, isso faz-me confusão e, tê-los perto de mim, lá está, há coisas que me fazem confusão e eu não sei explicar. Acabei a universidade, comecei a trabalhar, depois fui para o exército, em casa sempre fui um bocado à parte. Nunca me aproximei muito, nem nunca deixei aproximarem-se muito. Agora tê-los perto de mim, parece que me faz sofrer mais. Eu sei que eles estão lá em baixo e sofrem. Está bem que eu estou dependente e preciso de ajuda, mas não sou nenhum menino. Ter os pais à volta, eu tenho de ter à volta é uma mulher, os amigos...

S: Tem de amadurecer a ideia.

P: Os meus pais nunca me fizeram mal nenhum, a vida foi como foi, longe de ser perfeita. Uma relação familiar muito atribulada em várias alturas, mas, no fundo, sempre quiseram o meu melhor e são bons pais. Eu tenho noção disso, mas a determinada altura eu desenvolvi uma certa frieza com eles. Gosto deles, aliás, se não fossem eles...

S: Sente que há aí alguma coisa que ultrapassa o próprio P...

P: É. Houve alturas em que, mentalmente me senti acorrentado, porque gostavam muito de mim e só me tinham a mim. Sentia que, um passo mais arrojado da minha parte, os podia despedaçar...aconteceu isso algumas vezes e isso tornou-se um peso. Agora não, para além do suicídio, não posso fazer nada de extraordinário, perdi a espontaneidade, não perdi mas também não tenho acesso a algumas características que faziam parte de mim.

S: Há coisas que acontecem e deixam marcas.

P: Sem dúvida. Apesar de tudo encontro grandes defeitos em mim e na minha vida familiar, muita incompreensão, falta de vontade de querer dar amor e querer...

S: Da parte do P?

P: Sim. Muita frieza, por vezes.

S: Acha que a vida do seu pai no Ultramar teve influência?

P: O meu pai sempre foi uma pessoa difícil. Ele veio em 74, depois do 25 de Abril.

S: O P sempre o conheceu assim.

P: Sim, nunca o conheci doutra maneira. Ele foi para a guerra muito cedo, 19 anos, e só saiu da guerra com 28 anos. Antes, o meu pai diz que era um rapaz de certa forma passivo, calmo, meigo...essas características mantiveram-se mas só debaixo da capa do álcool. Depois da capa do álcool...eu tenho uma vaga ideia, vivemos no Porto ate aos 7 anos, a ideia que tenho é de nunca ter ouvido o meu pai berrar, havia discussões entre o casal, mas nunca me repreendeu, nunca o vi a cair. Trabalhava na empresa do meu avô, tinha uma vida mais estabilizada e tal. Na altura, reza a historia, já bebia mas de uma forma mais controlada. Quando fomos para o Algarve, a situação alterou-se, ele começou a beber mais. Comecei a ver mais discussões entre eles. Também passámos de uma mansão para uma roulotte. Comigo ele passou a ser mais bruto. Nunca foi bruto fisicamente, mas usava a pressão psicológica. Sempre me deitou a baixo e nunca acreditou em mim, nunca potenciou o que eu tinha de bom, ele via-me como inimigo, só havia confrontação. Depois houveram dois ou três episódios em que ele falhou como pai, se calhar desculpei, mas perdoar eu não perdoei. A minha mãe foi diferente, foi desgaste. Houve uma altura, em que a minha mãe se saturou e, com influências externas saiu, saímos e fomos para Albufeira. Eles nunca se separaram, mas houve um marcar de situação. Eu passei a estar menos tempo com o meu pai. Eles continuaram a dar-se, a todos

os níveis, e comigo também se manteve o contacto. Nós fomos para Albufeira. Isto durou 5 ou 6 anos. Aí eu aproximei-me muito da minha mãe. Comprámos lá um apartamento e, entretanto o meu pai reforma-se com 55 anos, por incapacidade mental, sem cunhas nem nada. Ele teve dois internamentos compulsivos na ala de psiquiatria do hospital de Faro. Não só devido ao álcool, mas a um surto. Uma vez foram quinze dias e outra vez três semanas, isto espaçado para aí com dois anos de intervalo. Aquando do primeiro internamento, passou a ser acompanhado em ambulatório. Nessa altura, por sugestão do médico de família, ele fez uma avaliação. Teve 65% de incapacidade mental. Passou logo a ser um deficiente mental. O discurso dele era praticamente todo direccionado para a guerra. Apesar de perceber, sempre me custou entender porque ele ficou tão marcado. Falei com muitos camaradas dele que não reagiram assim...

S: As coisas são vividas e sentidas de maneiras diferentes, consoante a pessoa.

P: É, cada um vive como vive. Pronto, ele reformou-se compulsivamente foi viver para Albufeira. Aí voltou a haver uma aproximação. Nunca deixou de beber, houve uma altura que andou a tomar anti-depressivos, e mais tarde renunciou os fármacos e só bebia, também juntou os dois, enfim... sempre vi a minha mãe a dizer que tinha pena, mas sempre vi a minha mãe sofrer. O meu pai sempre direccionou a raiva dele para a minha mãe, e na minha fase adulta isso ainda acontecia com mais frequência. Isso sempre me entristeceu. Havia alturas em que a minha mãe dizia que já não havia amor nem carinho e eu pensei mesmo que ela o ia deixar, mas se o tivesse feito, ele ia abaixo. Pensando bem, ainda bem que não o deixou, mas a verdade é só uma, houve alturas em que eu tive raiva ao meu pai. Cometeu muitos erros e sempre foi muito massacrante, nunca deu paz ao lar.

S: Manifestações de carinho...

P: Completamente ausentes. Mas enfim. Isto para lhe dizer que vai ser complicado voltar à casa deles, porque não a associo a paz. Enfim, é como é. (pausa) Pensei que a conversa ia ser mais sobre o tema...

S: Hoje foi para conhecer esse lado que não conhecia.

P: (sorriu) Ok. Na quinta-feira vou ter consulta sobre a sexualidade. Falamos na quinta-feira.

S: Tudo bem, voltamos a falar esta quinta-feira.

P: Bom dia para a Dra. e espero ajudar no trabalho.

S: Bom dia P, até quinta.

4ª entrevista

Sr. P, 28 anos

18/ 05/ 08

Quando me encontrei com o P, expliquei que seria a nossa última conversa e que, no final, lhe aplicaria um pequeno inquérito para ele responder.

P: Pois é Dra., como lhe tinha dito anteriormente, eu já tinha demonstrado bastante interesse à minha médica acerca do assunto da sexualidade e, só passados três meses é que eu lá fui. Foi só preencher um inquérito, parte médica. Mas centrou-se num preenchimento de um inquérito que se divide em duas partes: a sexualidade antes da lesão e depois da lesão. Fiquei um bocado surpreendido, sabe? Muitas questões se me masturbava muito, se me masturbava pouco, se era feliz ou não, se tinha tendências homossexuais, se isto, se aquilo, enfim... e depois para uma outra oportunidade era para fazer a continuação. Depois marcou-me outra consulta para dia 8 de Maio que seria para continuar o inquérito da sexualidade pós lesão e começar a abordar a questão mais em concreto, em colocar dúvidas e em perceber algumas técnicas, como o uso do tal vibrador, ver se me poderiam ou não encaminhar para a maternidade Alfredo da Costa para fazer uma biopsia testicular...de qualquer forma eu sabia que, a qualquer momento, podia ser transferido e isso ficaria por resolver, mas estava expectante. No dia 8 lá fui, cheguei lá e não tinha tempo para mim...tinha marcado a consulta, mas cancelou à última da hora. Passou-me para a Dra. Elisabete...

S: A Psicóloga.

P: Pronto, passou-me para essa Dra., que pelo que soube faz parte dessa equipa e é responsável pelo apoio psicológico. Acabei por ter entrevista com ela, colocou-me imensas questões e, ambos achámos por bem dar continuidade à parte psicológica. Mas acabei por não ter mais marcações nenhuma com a Dra. Maria, ficou assim parado e, com a Dra. Elisabete ficou marcado para a semana seguinte, que foi esta que passou e coincidiu com a semana em que saí. Fui lá e avisei de que não podia ir e disse que já tinha o dia da transferência marcado. De maneira que ficou assim tudo por acabar. E agora vou para baixo e já me informei e parece que não há nem em Faro nem em lado nenhum, sitio que faça recolha de esperma e é uma coisa que me inquieta um bocado, porque me vou afastar muito. Pedi ao meu advogado para contactar a minha seguradora e ver qual a possibilidade de me marcar uma consulta com o Dr. Paulo Vale, um urologista que em Portugal é quem faz os implantes do tal vibrador

estimulador. Além de fazer o implante, sei que na CUF há um centro de recolha de espermatozóides. Eu sei que ainda é cedo, mas seria para começar a estudar a possibilidade de fazer ou não o implante. Mas estou à espera da resposta da seguradora. Agora afasto-me 300km e qualquer coisa, terei de vir a Lisboa. Não sei se a seguradora dará a confirmação e, se não der, terei de seguir com os meus meios.

S: Preocupa-o essa parte respeitante ao seu futuro...

P: Sem dúvida. E sinto que a parte da sexualidade foi outra questão que não teve continuidade aqui no centro. Falei várias vezes com a minha Dra. “e quando e quando?”, e sempre a dizer que se tinha de marcar, até que finalmente se marcou e, pronto, não se acabou...enfim...em relação à sexualidade não tenho grande coisa a dizer-lhe de novo... as dúvidas que tinha ficam na minha cabeça, os medos que eram receios, passaram a ser medos concretos porque pelas poucas conversas que tive com a Dra. Elisabete e com a Dra. Maria, confirmaram a história da esterilidade e de tudo o resto e, eu gostava de ter resolvido a situação. Faz-me confusão...

S: O que acontece com algum tipo de frequência aqui é o facto das pessoas inicialmente estarem muito direccionadas à recuperação funcional e ao treino da independência e, só mais tarde, direccionarem a sua atenção para os outros problemas, como a sexualidade. Mas com o P não foi assim...

P: Não. Para mim é uma coisa que me tem feito muita confusão. E...

S: Enquanto não estiver resolvida...

P: É isso...a Dra. falou-me que é importante estimular (a nível psicológico e a nível físico), pensar no assunto, trabalhar nesse sentido, mas eu continuo sem saber como o fazer...enfim...mas pronto, a seu tempo espero que...porque já lhe disse, penso no assunto por vezes e não há reacção do organismo...

S: Toma medicação?

P: Nada. Isso também era uma das coisas que queria experimentar, a seu tempo...mas tudo isso ficou suspenso. Não sei se lá em baixo terão essa componente, mas eu espero que sim.

S: Pode falar com a sua médica e dizer-lhe que ficou um assunto pendente e que quer trabalhar nesse sentido...

P: Exactamente. Vamos ver o que acontece, porque isto está a paralisar-me um bocado, sabe? Esse assunto paralisa-me um pouco, faz-me muita confusão não haver nenhuma reacção do corpo.

S: Falou à sua médica sobre isso?

P: Falei. Eu tenho erecção por epismo, já me explicaram que é uma erecção prolongada, mas eu não tenho essa erecção. Mas, dependendo das posições e da espasticidade, eu tenho uma erecção, mas é mínima, um minuto ou dois. Pois... não tenho uma erecção.

S: Continua com muita espasticidade?

P: Sim, nestes últimos dias até tenho tido mais. Eu pedi à médica para me reduzir a medicação para ver o resultado. A médica acabou por concordar, mas escreveu no meu relatório o meu pedido e a dizer para não me imobilizarem à noite. Foi uma coisa que eu não percebi... eu questioneei os enfermeiros o porquê, mas disseram que eram ordens médicas, se bem que no ginásio me imobilizam, portanto é possível fazê-lo, mas enfim. Mais um episódio... não interessa, vou embora.

S: É uma nova fase...

P: É. Enfim, tenho a sensação de que a médica me pôs de lado por eu questionar muito e por ter muitas dúvidas... mas enfim, eu acho que tenho esse direito e esse dever. Enfim, é como lhe digo, vou-me embora e não vale a pena ficar a pensar nestas coisas menos boas. Já me despedi de toda a gente, enfermeiros, auxiliares e colegas. Também me despedi do seu colega, o Dr. João. Pronto, eu queria ir embora, mas deixo cá bons amigos que acabei por fazer nesta última fase em que me dei mais a conhecer.

S: Por onde vamos passando, vamos sempre criando relações com quem nos cruzamos, de maior ou menor intensidade.

P: É verdade. Eu sou calado, mas sinto que tenho muita coisa para dar, sinto que acabei por fazê-lo. E pronto, apesar das coisas más, levo daqui coisas boas, também. Espero que tenha ajudado, de alguma maneira, no seu trabalho de Mestrado.

S: Ajudou P. Estar aqui comigo, ter partilhado a sua história e ter-me permitido conhecê-lo um pouco foi muito gratificante para mim. Eu aprendo sempre mais um pouco...

P: Fico contente e agradeço-lhe também, porque me ajudou muito. Falar consigo e pensar sobre as coisas, ajudou-me bastante. Eu sempre apreciei o trabalho dos Psicólogos, mais do que o da Psiquiatra que se restringe à medicação. Já recorri a um Psicólogo, por iniciativa própria, numa fase em que me senti mais perdido. Sinto que, falar com alguém que não nos conhece e que nos ajuda a ver as coisas é verdadeiramente bom para nós. Só não recorro mais vezes, porque sai caro fazer um acompanhamento e sei que nunca poderia ser apenas uma ou duas vezes.

S: Nós possibilitamos um espaço onde, em conjunto, podemos pensar sobre as coisas. Mas é bom saber que tem essa visão...

P: É como lhe digo, só não vou porque não tenho dinheiro.

Apliquei-lhe o questionário e referi-lhe a importância de ser ele a responder, por serem perguntas de carácter mais pessoal. O P respondeu e foi-me questionando com algumas dúvidas que foram surgindo. Após responder ao questionário, conversamos um pouco mais e despedimo-nos.

Anexo I

A. DIMENSÃO “CAPACIDADES DO EU”**1. Aptidão verbal ao serviço da comunicação**

- a) O discurso da pessoa entrevistada corresponde ao conteúdo daquilo que é expressado e estimula abundante intensidade e riqueza de compreensão no entrevistador.

Critérios de orientação:

- Discurso verbal coerente;
- Comunicação rica e matizada do ponto de vista cognitivo;
- Estimulação espontânea e fácil de compreensão, por parte do entrevistador, no que se refere à situação mental do entrevistado;
- Sentimento global de boa comunicação com o entrevistado;

- b) O discurso da pessoa entrevistada veicula bem o conteúdo daquilo que é expressado. O entrevistador pode compreendê-lo, sem se sentir basicamente desorientado ou inibido.

Critérios de orientação:

- O entrevistador compreende aquilo que o entrevistado lhe comunica;
- Ausência da riqueza de cambiantes e do elevado nível cognitivo que encontrávamos na rubrica anterior;
- A compreensão não se produz com a facilidade e a espontaneidade do ponto anterior;
- Torna-se necessário um esforço de inferência maior;

- c) O discurso da pessoa entrevistada passa por alguns (ou frequentes) momentos de inibição, ou de desorganização transitória, o que faz com que o entrevistador se sinta muitas vezes desorientado, ou inibido, na sua capacidade de apreender a comunicação do entrevistado.

Critérios de orientação:

- Discurso verbal desorganizado e/ou confuso, e/ou inibido;

- Intenso trabalho de inferência necessário para compreender o entrevistado;
- Possível aparecimento de mal-estar ou ansiedade no entrevistador;
- O entrevistador fica com dúvidas, não sabendo se terá compreendido suficientemente bem a situação mental do entrevistado;

d) A pessoa entrevistada exibe uma vincada perturbação da sua capacidade de comunicação.

Critérios de orientação:

- Impossibilidade de comunicar a sua situação mental;
- Importantes distorções do suporte gramatical da frase e/ou na estrutura sintáctica do discurso (neologismos, distorção temporal e espacial do discurso, etc.);
- Desorganização ou perda do sentido;
- O entrevistador experimenta uma grande dificuldade de compreensão no que se refere à comunicação do entrevistado.

e) Não existe informação suficiente para a classificação da rubrica.

2. Nível de consciência e comunicação com os próprios sentimentos, emoções e estados afectivos

a) O entrevistado demonstra ter consciência de múltiplos tipos de sentimentos (alegria, raiva, ciúmes, tristeza, carinho, ternura, inveja, etc.), emoções e estados afectivos que pode expressar com cambiantes ricos e de forma amplamente comunicativa.

Critérios de orientação:

- O entrevistado está consciente de uma gama rica e variada de sentimentos que é capaz de comunicar com facilidade;
- De forma espontânea, relaciona os seus problemas vitais, ou psicológicos, com os seus sentimentos;
- A expressão afectiva centra, com frequência, a troca comunicacional;

- O entrevistador compreende facilmente o estado mental do entrevistado, a partir da sua expressão afectiva;
- b) Expressa uma gama de sentimentos, emoções e estados afectivos limitada, É igualmente limitada a sua consciência da relação entre alguns dos seus sentimentos e os seus problemas.

Critérios de orientação:

- Expressa alguns sentimentos, mas não com a riqueza de matizes que é referida em a);
 - Tem consciência, ainda que limitada, do papel desempenhado pelos seus sentimentos no tocante aos seus problemas ou sofrimento mental;
 - A expressão espontânea de sentimentos pode centrar, algumas vezes, a troca comunicacional;
 - O entrevistador pode compreender, mais limitadamente que no ponto a), os conteúdos mentais do entrevistado a partir da sua expressão afectiva;
- c) A pessoa entrevistada apresenta uma clara dificuldade na expressão dos seus sentimentos, emoções ou estados afectivos. Está pouco consciente da relação entre eles e o seu sofrimento mental.

Critérios de orientação:

- Predomina um pensamento de tipo descritivo e desafectivizado (estrutura psicossomática, perturbação do comportamento, dissociação defensiva da afectividade, etc.);
 - Tem pouca consciência da relação entre os seus problemas e o seu sofrimento mental;
 - A troca comunicacional raramente se centra em torno da expressão afectiva;
 - O entrevistador pode chegar, todavia, a conseguir tornar o entrevistado consciente de alguns dos seus estados afectivos;
- d) O entrevistado demonstra uma dificuldade insuperável, ao longo da entrevista, em saber quais são os seus estados afectivos ou em poder pensar sobre eles.

Critérios de orientação:

- Aparente inexistência de sentimentos;
- Possibilidade de confusão importante na expressão afectiva;
- Possíveis distorções do sentido na expressão de estados afectivos ou de emoções;
- O investigador pode achar impossível atribuir um sentido aos sentimentos do entrevistado e/ou fazer com que este se torne consciente desses sentimentos;

3. Atitude predominante frente aos problemas e qualidade das soluções procuradas

- a) O entrevistado está consciente dos seus problemas e mostra uma confiança realista na possibilidade de os resolver.

Critérios de orientação:

- Tem consciência clara dos seus problemas;
 - Quando vê ter necessidade, não rejeita a ajuda dos adultos ou companheiros qualificados, ao mesmo tempo que confia nessa mesma ajuda;
 - Confia, predominantemente, nessas formas de auxílio que se baseiam no esforço e na aquisição de experiência;
 - O entrevistador pode experimentar sentimentos de confiança na possibilidade de prestar auxílio ao entrevistado;
- b) O entrevistado não evita tomar consciência dos seus problemas, embora, basicamente, duvide da possibilidade de os resolver.

Critérios de orientação:

- Não evita tomar consciência dos seus problemas;
- Oscila entre a confiança e o pessimismo no momento de solucionar os seus problemas;
- Oscila entre a expectativa mágica de solução e a confiança nos esforços pessoais ou na experiência dos adultos qualificados;
- O entrevistador pode experimentar oscilações na sua confiança na possibilidade de auxiliar o entrevistado;

- c) Não evita tomar consciência dos seus problemas, embora, quando o faz, mostre uma reacção de carácter predominantemente catastrófico, melancólico ou maníaco.

Critérios de orientação:

- Pode estar consciente dos seus problemas;
 - Ao tornar-se consciente, experimenta uma sensação de grande ansiedade, de depressão ou de mania;
 - Pode pedir ajuda ao mesmo tempo que desqualifica qualquer interpretação ou sugestão;
 - O entrevistador pode sentir-se desvalorizado e/ou ansioso perante a reacção do entrevistado;
- d) O entrevistado não pode, ou evita activamente, tomar consciência dos seus problemas ou dificuldades.

Critérios de orientação:

- De início, o entrevistado não tem consciência dos seus problemas ou da sua verdadeira importância;
 - Faz com que os outros, ou o entrevistador, sejam os únicos a ter consciência desses problemas, ou pensa em solucioná-los magicamente;
 - Se o entrevistador o faz ver a natureza dos seus problemas, persiste em negá-los ou não é capaz de qualquer tomada de consciência efectiva;
 - O entrevistador pode experimentar impotência, sentindo-se atacado na sua capacidade de ajudar o entrevistado a reconhecer os seus problemas ou a abordá-los;
- e) Não existe informação suficiente para a classificação deste aspecto.

4. Reacção predominante frente à frustração

- a) O entrevistado mostra reagir com um nível de tolerância adequado ou suficiente frente às situações que geram frustração.

Critérios de orientação:

- Responde à frustração por meio de sentimentos de mal-estar (de queixa ou de raiva, por exemplo), mais que por meio de passagens ao acto em termos comportamentais;
- Se o entrevistador confronta o entrevistado com qualquer coisa de natureza angustiante ou frustrante, o segundo é capaz de se deter para pensar a seu respeito;
- Perante a frustração, elabora predominantemente respostas que implicam pensamento e planeamento;
- O entrevistado “sente” que pode falar ao entrevistador das suas dificuldades sem as suavizar e sem que isso provoque reacções de tipo regressivo;

- b) O entrevistado mostra que reage com um nível de tolerância não suficientemente adequado frente ao aumento da frustração, o que se caracteriza por respostas emocionais, de carácter transitório, destinadas à evacuação directa do mal-estar.

Critérios de orientação:

- Frente à frustração, sobretudo se esta não for demasiado intensa, mostra capacidade de pensamento;
- Se a frustração se torna demasiado intensa, o entrevistado exhibe uma “tendência transitória” para a descarga comportamental do mal-estar (comer, masturbar-se, refugiar-se em fantasias ou sonhos, etc.), ou diminui a sua actividade participativa, e/ou ainda apresenta reacções somáticas de ansiedade, que se revestem também de uma forma transitória;
- Se se sente frustrado, pode responsabilizar pelo seu estado a má-sorte, a genética, os pais, o destino, etc;
- O entrevistador julga possível aumentar a capacidade de fazer frente à frustração do entrevistado e considera possível aumentar a sua capacidade de contenção;

- c) O entrevistado mostra um nível baixo de tolerância à frustração. O que se caracteriza por respostas de evacuação imediata do mal-estar, através de comportamentos recorrentes, ou estáveis e persistentes no tempo, ou ainda de respostas de tipo depressivo ou psicossomático.

Critérios de orientação:

- O entrevistado mostra possuir um nível muito baixo de tolerância à frustração;
 - “Estabilizou” comportamentos tendentes à idealização do consolo e à descarga imediata do mal-estar (masturbação muito frequente e compulsiva, adição, alcoolismo, actos delinquentes, etc.), ou ainda comportamentos de tipo inibitório depressivo ou de expressão prevalentemente psicossomática;
 - Tal situação pode ser ego-distónica ou traduzir uma perversão em que aquilo que é destrutivo se afirma como bom;
 - O entrevistador só pode pensar numa melhoria destes aspectos através de um tratamento prolongado;
- d) O entrevistado mostra ter um nível de tolerância à frustração quase por completo insuficiente. O que, predominantemente, se caracteriza por respostas que implicam a negação da realidade ou a transformação parcial, ou total, do seu aparelho perceptivo ou mental.

Critérios de orientação:

- A frustração ligada ao processo de diferenciação mental pode ser origem de ansiedade catastrófica;
 - O entrevistado pode responder ao mal-estar da frustração negando a realidade ou transformando-a delirantemente;
 - Se sente frustrado, pode também recorrer à transformação do aparelho sensório-perceptivo (actividade alucinatória);
 - O entrevistador pode sentir que deverá intervir com extremo cuidado a fim de não suscitar a emergência de ansiedade ou frustração;
- e) Não existe informação suficiente para a classificação, no que se refere a esta rubrica.

B. DIMENSÃO “IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA”

5. Nível de intrusão e de hostilidade na atribuição de sentimentos, motivações e estados emocionais ao outro

- a) O paciente fantasia sobre os estados emocionais do outro. Esta atribuição dá lugar à dúvida. Se fala dos sentimentos ou das intenções do outro, fá-lo predominantemente com finalidades de empatia e comunicação.

Critérios de orientação:

- O entrevistado possui a capacidade de fantasiar sobre o outro;
 - Quando lhe atribui motivações, sentimentos ou intenções, fá-lo para se aproximar empaticamente, ou então para se situar de modo realista perante ele. É capaz de modificar as suas percepções do outro através da experiência;
 - Se a atribuição for de carácter negativo, é porque terá havido alguma informação nesse sentido (directamente por meio de alguém ou por meio de experiências repetidas que tornam bastante verosímil a atribuição);
 - É característico, todavia, que tal atribuição não tenha o propósito de demonstrar que é o outro, e não o próprio entrevistado, quem é mau, culpado ou portador de aspectos intoleráveis, ou extremamente ideais e empobrecedores do Si-Próprio do sujeito;
- b) O entrevistado atribui ao outro, de forma intrusiva e com hostilidade, sentimentos, intenções ou motivações, como se fosse guiado pela fantasia de estar na sua pele ou de viver dentro dela. Não tem, contudo, necessidade de manter rigidamente a projecção, pondo-a em dúvida com facilidade.

Critérios de orientação:

- O entrevistado mostra ter a capacidade de fantasiar sobre o outro;
- A atribuição de sentimento, motivações ou intenções tem um carácter hostil e tende a fazer sentir que é o outro, e não o entrevistado, o portador de aspectos maus ou criticáveis, ou extremamente ideais e empobrecedores do Si-Próprio do sujeito;

- O entrevistado não está completamente seguro da sua atribuição e pode sentir-se corresponsável ou duvidar com facilidade;
- c) O entrevistado atribui de forma hostil ao outro sentimentos, intenções ou motivações, como se fosse guiado pela fantasia de estar na sua pele ou viver dentro dela. Tende a não duvidar da sua percepção e a não se sentir responsável.

Critérios de orientação:

- A atribuição de sentimentos, motivações ou intenções tem um carácter hostil e tende a fazer sentir que é o outro, e não o entrevistado, o portador de aspectos maus ou criticáveis, ou extremamente ideais e empobrecedores do Si-Próprio do sujeito;
 - O entrevistado mostra bastante rigidez e incapacidade de duvidar das suas percepções ou ideias relativas ao outro, não reconhecendo também a sua responsabilidade;
 - O entrevistador duvida da capacidade do entrevistado, de distinguir entre a fantasia e a realidade;
- d) O entrevistado atribui de forma hostil ao outro sentimentos, intenções ou motivações, como se fosse movido pela fantasia de estar na sua pele ou viver dentro dela. Mostra uma absoluta convicção de que os conteúdos projectados pertencem ao outro.

Critérios de orientação:

- O entrevistado mostra uma confusão constante entre a fantasia e a realidade;
- A atribuição de sentimentos, motivações ou intenções assume uma qualidade hostil, fazendo sentir que é o outro, e não o entrevistado, o portador de aspectos maus ou criticáveis, ou extremamente idealizados e empobrecedores do Si-Próprio do sujeito;
- O entrevistado mostra sentir uma necessidade rígida de ter a certeza absoluta de que os conteúdos hostilmente atribuídos ao outro lhe pertencem de facto. Qualquer

reintrodução desses conteúdos é susceptível de o reduzir ao desenvolvimento de ansiedades de carácter extremamente persecutório, defesas extremamente rígidas (negação total, retraimento, etc.) ou reacções de carácter catastrófico;

- e) Não existe informação suficiente para a classificação no tocante a estes aspectos.

6. Localização da fonte dos problemas

- a) O entrevistado distingue bem entre os problemas que dependem de si próprio e os problemas que dependem de factores que se situam no exterior.

Critérios de orientação:

- O entrevistado é capaz de se situar frente aos problemas ou experiências desagradáveis e de examinar a sua participação na génese das dificuldades que sofre;
 - Examina também as suas possibilidades de resolver “activamente” os problemas de que fala;
 - No caso de se proporcionar essa ocasião, torna-se fácil para o entrevistador ajudar o entrevistado a pensar sobre a sua forma e reagir perante os problemas;
- b) O entrevistado oscila entre a adopção de uma postura passiva (resultante do facto de ver os seus problemas como exclusivamente ocasionados pelo exterior) e uma postura activa (resultante do facto de se interrogar sobre a importância da natureza da sua reacção).

Critérios de orientação:

- Perante os seus problemas, pode-se observar que o entrevistado oscila entre a adopção de uma postura passiva (“Tudo depende do exterior, eu não posso fazer nada!”) e uma postura activa (“Na medida em que dependa de mim, tenho de fazer alguma coisa!”);
- Quando a ocasião se apresenta, é difícil para o entrevistador, ainda que possa acabar por consegui-lo, levar o entrevistado a considerar a natureza da sua forma de reagir, perante os problemas;

- c) A tendência mais persistente, ainda que não exclusiva, do entrevistado leva-o a ver a fonte dos seus problemas como qualquer coisa de exterior a si próprio, sem se interrogar sobre a sua possível implicação.

Critérios de orientação:

- O entrevistado tem uma tendência predominante para a passividade, o que resulta do facto de pensar que os seus problemas dependem exclusivamente dos outros;
 - Tende a pensar em soluções que implicam mudar os outros, ou situações que lhe são externas, sem ter de modificar seja o que for de pessoal;
- d) Tende persistentemente a considerar que a fonte dos seus problemas está situada nos “outros”, ou fora de si próprio, e que não pode fazer nada, “activamente”, no sentido de resolver os seus problemas ou as suas dificuldades.

Critérios de orientação:

- Nega persistentemente que qualquer dos seus problemas possa depender da maneira como, no seu conjunto, os vê ou a eles reage;
 - Descobre numerosas provas ou confirmações da sua teoria no comportamento dos demais, reforçando assim as suas percepções;
 - O ponto anterior pode chegar, ou não, ao ponto de assumir um carácter delirante;
 - O entrevistador vê-se impotente para levar o entrevistado a reconhecer as suas dificuldades;
- e) Não existe informação suficiente para classificar este aspecto.

7. Qualidade da reacção de contra-transferência do entrevistador

- a) O entrevistador sente-se próximo do entrevistado. Este revela-lhe interesse e desejo de pensar.

Critérios de orientação:

- No decorrer da entrevista, o entrevistador sente-se próximo do entrevistado, ainda que bem distinto dele;
- As coisas que o entrevistado comunica despertam o seu interesse;

- O entrevistador sente facilidade em compreender e aprofundar os contributos introduzidos pelo entrevistado;
- b) O entrevistador oscila entre sentir-se interessado e próximo do entrevistado, compreendendo-o, ou ansioso e/ou irritado, e/ou com momentos de distanciamento. Contudo, a qualquer momento, continua a ser-lhe possível pensar mais ou menos claramente acerca da comunicação do entrevistado.

Critérios de orientação:

- O entrevistador sente-se de um modo geral interessado pela comunicação do entrevistado, apesar de poder sentir-se transitoriamente distanciado;
 - Pode experimentar uma mistura de sentimentos calorosos e de irritação, ou de mal-estar e de ansiedade;
 - É-lhes possível ir pensando, mais ou menos claramente, naquilo que o entrevistado comunica;
- c) O entrevistador sente-se predominantemente mal, ansioso ou irritado com o tipo de relação estabelecido pelo entrevistado, ou sente ainda uma implicação excessiva. Seja como for, embora com dificuldade, é-lhe possível pensar na comunicação

Critérios de orientação:

- O entrevistador tem de trabalhar com os seus próprios sentimentos, a fim de manter o interesse no tipo de relação ou comunicação do entrevistado;
 - Experimenta fundamentalmente ansiedade, irritação e/ou confusão, ou sente-se excessivamente implicado;
 - Pode sentir-se, ainda que tal não aconteça necessariamente, pouco ou demasiado motivado, no sentido de ajudar o entrevistado;
- d) O impacto contratransferencial do entrevistado sobre o entrevistador é tão grande que este sente uma grande dificuldade em usar as suas próprias capacidades de pensamento e de compreensão.

Critérios de orientação:

- O entrevistador sente-se emocionalmente perturbado (demasiado ansioso, ou culpabilizado, por exemplo);
 - A comunicação do entrevistado fá-lo sentir como que uma névoa que o não deixa pensar nem compreender nada;
 - Pode experimentar sentimentos de vazio, ou de tédio e de diferença afectiva;
 - Pode sentir-se impelido a agir, ou a culpabilizar o entrevistado;
- e) Não existe informação suficiente para classificar este ponto.

C. DIMENSÃO ESQUIZOPARANÓIDE

8. Nível de ansiedade do entrevistado durante a entrevista

- a) O entrevistado permanece basicamente tranquilo, sem sinais sintomáticos de ansiedade.

Critérios de orientação:

- Embora possam surgir sinais de ansiedade no início da entrevista, o entrevistado rapidamente se torna tranquilo;
 - A expressão facial do entrevistado, ou os seus movimentos corporais, não traduzem sinais de nervosismo ou ansiedade ou, em todo o caso, só o fazem no começo da entrevista;
 - Não se observam sinais somáticos de ansiedade persistentes (mãos suadas quando entra e sai, suor facial, faces ruborizadas, etc.);
 - A comunicação do entrevistado não se encontra basicamente inibida ou bloqueada por um excesso visível de ansiedade;
- b) O entrevistado pode estabelecer uma boa comunicação ainda que dê sinais de nervosismo e ansiedade, que gradualmente vão diminuindo, à medida que a entrevista avança.

Critérios de orientação:

- O entrevistado vai-se tornando mais tranquilo, mas apenas depois de passado um bom momento da entrevista, à medida que se familiariza com o entrevistador;
 - Enquanto não se encontra ainda tranquilo, a expressão facial do entrevistado ou os seus movimentos corporais podem traduzir sinais de nervosismo, preocupação ou ansiedade;
 - Podem existir, embora não existam necessariamente, sinais somáticos de ansiedade ou movimentos de inquietude (mãos suadas, suor facial, mudanças de posição, etc.);
 - Podem existir alguns momentos de inibição ansiosa da comunicação;
- c) O entrevistado dá sinais muito evidentes de nervosismo, que se mantêm ao longo de toda a entrevista.

Critérios de orientação:

- Podem existir sinais somáticos de ansiedade ou movimentos de inquietude;
 - A expressão facial do entrevistado ou os seus movimentos corporais demonstram nervosismo, preocupação ou ansiedade;
 - Podem existir repetidos momentos de bloqueamento ansioso da comunicação;
 - É característico deste nível que os sinais de ansiedade tendam a perdurar ao longo de toda a entrevista;
- d) Há um bloqueamento extremamente ansioso da capacidade de pensar e de comunicar.

Critérios de orientação:

- O entrevistado está visivelmente ansioso, ou então mostra-se bloqueado (sem ansiedade aparente), fazendo com que a sua ansiedade seja vivida pelo entrevistador;
- Pode aparecer qualquer um dos sinais somáticos de ansiedade descritos nas rubricas anteriores;
- Há um bloqueio praticamente total de todas as possibilidades de comunicação, perdurando ao longo de toda a entrevista;

- e) Não existe informação suficiente para classificar esta rubrica.

9. Vivências paranóides frente aos outros

- a) O entrevistado sente-se basicamente aceite e tranquilo em todas as suas áreas de relação com os outros.

Critérios de orientação:

- O entrevistado, basicamente, não tem a impressão de ser julgado, criticado ou desvalorizado pelos outros;
 - Não crê que as coisas lhe corram mal, exclusivamente, por alguém lhe querer mal ou, de alguma maneira, o prejudicar;
 - Sente-se tranquilo frente aos adultos e companheiros;
 - O entrevistador observa basicamente no entrevistado uma atitude de confiança;
- b) Por vezes, o entrevistado tem o sentimento de ser criticado, desvalorizado e/ou prejudicado. Quando se sente assim, experimenta ansiedade ou grande irritação. Pode, contudo, duvidar da justeza da sua percepção.

Critérios de orientação:

- Sente-se por vezes criticado, desvalorizado ou prejudicado;
 - Por vezes pensa que as coisas lhe correm mal porque alguém lhe quer mal ou o maltrata (excluem-se aqui as situações reais de maus-tratos evidentes);
 - Com frequência, ou espontaneamente ou através da ajuda de alguém, o entrevistado é capaz de pôr em dúvida a realidade das suas percepções persecutórias;
 - O entrevistador pode sentir que o entrevistado está ansioso ou desconfiado em relação à sua pessoa, num dado momento da entrevista, mas que isso, noutros momentos, não se verifica;
- c) O entrevistado tende quase sempre a pensar que o criticam, o desvalorizam ou o prejudicam.

Critérios de orientação:

- Normalmente vive com o sentimento, não delirante, de ser criticado, desvalorizado ou prejudicado;
 - Pode também viver convencido da inalterabilidade de certos aspectos dos outros, ou de si próprio, aspectos que o põem extremamente ansioso ou o fazem sofrer muito;
 - Pode pensar que as coisas lhe correm mal porque alguém lhe quer mal ou lho deseja. É-lhe muito difícil mudar estas percepções, embora seja possível que acabe por fazê-lo, quer espontaneamente, quer auxiliado pelo entrevistador;
 - O entrevistador dá-se conta de que há, em relação à sua pessoa, uma desconfiança preponderante;
- d) O entrevistado organizou as suas ansiedades paranóides no quadro de um pensamento delirante, mais ou menos sistematizado.

Critérios de orientação:

- Apresenta uma organização delirante de tipo paranóide (por exemplo, vivências de conspiração contra a sua pessoa, de influência ou controlo exercidos sobre o seu pensamento, medo de ser envenenado, etc.);
 - Os temas delirantes podem, ou não, ser acompanhados de actividade alucinatória;
 - O entrevistado não pode realizar uma crítica do seu delírio;
 - O entrevistador percebe a qualidade paranóide-psicótica do entrevistado e experimenta o receio de ser incluído no seu delírio;
- e) Não existe informação suficiente para a classificação deste aspecto.

10. Tipo de defesas predominantes frente à experiência persecutória

- a) O entrevistador pensa que o entrevistado constrói o seu desenvolvimento na base de boas experiências e sobre a capacidade de integrar as experiências que provocam ansiedade.

Critérios de orientação:

- O entrevistado divide, por vezes, as pessoas, as situações e os seus próprios estados mentais em bons e maus;
 - Esta divisão ajuda-o a distinguir o que é bom do que é mau;
 - É capaz de manter um certo diálogo com os seus próprios aspectos mentais que considera maus (inveja, ressentimento, raiva, etc.);
 - Este contacto leva-o a ter consciência de algumas dificuldades, existentes na sua forma de sentir, que deverá resolver;
- b) O entrevistador sente que o entrevistado constrói o seu bem-estar emocional na base do afastamento e da cisão “parciais” da ansiedade e das experiências más.

Critérios de orientação:

- O entrevistado procura manter as experiências más afastadas das boas;
 - Teme aproximar-se de determinadas situações, pessoas ou estados mentais, devido à ansiedade e ao mal-estar que lhe provocam;
 - Pode, ou não, ter desenvolvido comportamentos marcados por ansiedades evitativas ou fóbicas;
 - Pode reear destruir, se se aproximar das suas experiências ou sentimentos “maus”, as coisas boas que sente ter conseguido;
- c) O entrevistador sente que o entrevistado constrói um falso crescimento mental baseado na busca de experiências só aparentemente “boas” e no afastamento e na clivagem, tão rígidos quanto possível, das suas experiências más.

Critérios de orientação:

- O entrevistado recorre a idealizações extremas e nega aquilo que sente de mau ou destrutivo. A sua avaliação do que é bom e mau é extremamente radical e obedece à lei do tudo ou nada;
- Coloca nos outros, respeitando pouco as suas características pessoais, aquilo que sente como intolerável dentro de si;

- Pode imitar superficialmente formas de expressão e comportamento dos outros (personalidade pseudo-adulta, “como se”, etc.), sem verdadeira assimilação pessoal das coisas;
 - Opera uma confusão entre aspectos de si próprio e as qualidades ou conteúdos valiosos do outro, não sendo estes reconhecidos como diferentes dos seus próprios (ataques dirigidos contra a necessidade de depender ou de valorizar);
- d) O entrevistador sente que o entrevistado fragmentou a sua identidade, ou que se sente tiranizado por aspectos extremamente destrutivos da sua personalidade, que o condenam ao desespero.

CrITÉRIOS de orientação:

- O entrevistado manifesta uma ansiedade que fragmentou o núcleo da sua identidade pessoal;
 - O entrevistado sente-se dominado por aspectos extremamente maus da sua personalidade, condenando-o à destrutividade, à loucura, etc;
 - Pode mostrar que percebe o mundo como povoado por fragmentos das suas próprias percepções ou conteúdos mentais, que o criticam, controlam, acusam, visam influenciá-lo, matá-lo, etc;
 - O entrevistador pode, por vezes, sentir que o entrevistado se desligou da totalidade do conteúdo mental e da ansiedade, num recurso extremo de defesa frente à ameaça de uma desintegração mental psicótica;
- e) Não existe informação suficiente para classificar este ponto.

11. NÍVEIS de ansiedade persecutória procedente do Supereu

- a) O entrevistado sente que os seus sentimentos de culpa o ajudam a tomar consciência de aspectos que deverá mudar ou resolver. Não é demasiado exigente nem perfeccionista, tanto no que se refere a si próprio como no que se refere aos outros.

Critérios de orientação:

- O entrevistado não se mostra perfeccionista nem exageradamente exigente;
 - Não se sente compulsivamente obrigado a satisfazer as exigências de carácter moral ou ético;
 - As exigências que experimenta procedentes da sua consciência e dos seus sentimentos de culpa são postos ao serviço do seu bem-estar, progresso e/ou contacto com a realidade, e ajudam-no a pensar em aspectos de si próprio que devem ser resolvidos ou transformados;
 - O entrevistador sente que as suas intervenções não são recebidas como acusações;
- b) O entrevistado mostra-se frequentemente dominado por sentimentos de culpa excessivos. Sente-se como que obrigado a fazer as coisas de modo absolutamente perfeito. Pode tender a assumir responsabilidades que claramente lhe não convêm ou que o ultrapassam.

Critérios de orientação:

- Sente-se muito facilmente culpado e tende a ser exigente consigo próprio, ou perfeccionista;
 - Sente-se extremamente ansioso quando não satisfaz compulsivamente as exigências de tipo moral ou ético. A sua necessidade de se responsabilizar por tudo pode levá-lo a transgredir os limites generacionais e/ou a “parentalizar-se” (assumindo papéis que não correspondem à sua pessoa);
 - O entrevistador sente que as suas intervenções são por vezes recebidas como acusações;
- c) O entrevistado sente-se culpado por tudo o que acontece, tanto a si próprio como aos outros. Pode pensar que é extremamente mau ou destrutivo, sem que esse sentimento seja modulado pela consciência de aspectos bons da sua personalidade ou pelo contacto com a realidade.

Critérios de orientação:

- Sente-se com frequência “mau”, extremamente culpado e merecedor de castigo;

- É-lhe muito difícil temperar esses sentimentos a partir da recordação ou da consideração dos seus aspectos bons;
 - Pode sentir-se apanhado por um círculo vicioso de culpabilidade, de queda no desânimo e maior culpabilidade consequente, sendo esta vivida como uma ameaça ao Eu, ou como qualquer coisa que o faz cair na melancolia;
 - O entrevistador sente que as suas intervenções são recebidas com um matiz de acusação predominante;
- d) O entrevistado vive os seus sentimentos de culpa num registo delirante que o condena.

Critérios de orientação:

- O entrevistado pode apresentar uma ideação de tipo suicida. Esta última pode estar relacionada com a necessidade de destruir o seu mundo interior mau ou maligno;
 - Talvez se possam detectar indícios de actividade alucinatória (vozes que visam obrigar o entrevistado a matar-se, por exemplo);
 - A culpa pode fazer parte de uma ideação de tipo claramente delirante;
 - O entrevistador sente-se atemorizado ou com necessidade de intervir rapidamente;
- e) Não existe informação suficiente para classificar este nível.

D. DIMENSAO DEPRESSIVA

12. Confiança nas próprias capacidades

- a) O paciente mostra confiança nas próprias capacidades e nos recursos de que dispõe para enfrentar os problemas.
- b) Mantém ainda certa confiança nas suas qualidades boas, mas, por vezes, vê-se como uma pessoa limitada e incapaz, com poucos recursos.
- c) Mostra uma confiança limitada nas suas próprias qualidades boas e, ao longo da entrevista, tende a predominar um sentimento de auto depreciação e de reduzida auto estima, bem como de empobrecimento e de fraqueza. Tudo isto é

acompanhado por um tom de voz e um comportamento onde o abandono é o tom predominante.

- d) O paciente não reconhece qualquer boa qualidade ou boa capacidade em si próprio, e sente-se dominado por uma vivência de fracasso, de incapacidade, de impotência.
- e) Não existe informação suficiente que permita a classificação deste aspecto.

13. Consciência e preocupação pelos próprios actos e sentimentos

- a) O entrevistado mostra uma certa consciência e responsabilização no tocante aos aspectos mais imaturos de si próprio, dos seus actos e das suas modalidades relacionais. Mostra-se interessado em assumir-se a si próprio.
- b) É-lhe um tanto difícil responsabilizar-se e tomar consciência dos aspectos mais imaturos de si próprio, dos seus próprios actos e modalidades relacionais. É-lhe difícil assumir-se.
- c) Tem dificuldade em se responsabilizar e tomar consciência dos aspectos mais imaturos de si próprio, dos seus próprios actos e modalidades relacionais. Tem grande dificuldade em assumir-se.
- d) Não é capaz de se responsabilizar nem de tomar consciência dos aspectos mais imaturos de si próprio, dos seus próprios actos e modalidades relacionais. Não é capaz de se assumir.
- e) Não existe informação suficiente para a classificação deste ponto.

14. Tipo de relação com os sentimentos de culpa

- a) O paciente consegue tolerar a tristeza ligada aos seus sentimentos de culpa, e é capaz de parar para pensar neles e rever as suas modalidades relacionais.
- b) Sente-se por vezes oprimido pelos sentimentos de culpa e manifesta com certa frequência a necessidade de se libertar deles através de actos de reparação imediata. Se não pode fazê-lo, sente-se extremamente ansioso.
- c) Sente-se ultrapassado pelos seus sentimentos de culpa e merecedor de castigo, e cai facilmente no desânimo no que se refere às possibilidades de reparar o mal feito. Pode manifestar sintomas hipocondríacos.
- d) Sente uma voz que o condena e lhe pede que se destrua.

- e) Não existe informação suficiente que permita a classificação.

15. Preocupação com o outro

- a) O entrevistado mostra preocupação e capacidade de atenção perante as dificuldades do outro.
- b) Mostra-se menos capaz de se preocupar com o bem-estar e com o mal-estar do outro.
- c) A preocupação com o outro encontra-se impregnada de sentimentos de impotência e de desconfiança.
- d) Apresenta defesas de tipo maníaco (desprezo, vingança, triunfo, controlo) perante a realidade do outro.
- e) Não existe informação suficiente para atribuir classificação a este ponto.

Anexo J

INQUÉRITO

ESTUDO SOBRE COMO É VIVÊNCIADA A SEXUALIDADE NUM ADULTO COM LESÃO VÉRTEBRO-MEDULAR

O presente inquérito realizado sob a forma de questionário, insere-se no trabalho de fim de curso, tese de Mestrado, em Psicologia Aplicada, área de Clínica, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), visando a problemática da readaptação sexual após Lesão Vértebro-Medular.

Pretende-se com este estudo conhecer a opinião das pessoas vítimas de uma L.V.M., em relação à readaptação sexual e à maneira como vivenciam a sexualidade após a lesão.

Não existem respostas certas ou erradas.

É fundamental e necessário que responda sinceramente às questões colocadas, sendo estas confidenciais e mantidas em anonimato, utilizadas somente para fins científicos. É importante que tente responder a todas as perguntas, não deixando questões por responder.

Venho pedir a sua colaboração, agradecendo, desde já, a sua atenção e disponibilidade ao preencher este inquérito.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 17 de Maio de 2008

(Susana Maria da Gama Lourenço)

- História Pessoal:

Nome:

Data de nascimento: 12-09-1979

Idade: 28

Sexo: MASCULINO

Localidade: PORTO

Data do acidente: 30-09-2007

Data do internamento: 29-01-2008

Tipo de lesão: L-V-III completa de nível D5 e D6

Família (agregado familiar): (Nomes, Idades, Parentesco): PAI e MÃE

Parceira?

Não: Sim: Fixa: Ocasional:

Antes da lesão: SIM Depois da lesão:

Actualmente?

Não: Sim: Fixa: Ocasional:

Qual é o estado civil? SOLTEIRO

(se é casado...)

Há quanto tempo? _____

Número, sexo e idade de filhos: _____

- História Clínica:

Hospitalizações anteriores: TRAUMATISMOS

Cirurgias: NAO

Acidentes: NAO

Alteração do apetite: NAO

Alteração do sono: SIM

Medicação: ANTI-ESPASMÓDICA

Hábitos:

Álcool: SIM

Tabaco: SIM

Drogas: SIM

Factores de risco/hábitos de vida:Depressão: NÃOSuicídio: NÃO**VIII****Sexualidade**

1. Considera que tem direito a alguma forma de satisfação Sexual?
Sim: Não:
2. Desde o aparecimento da sua incapacidade, voltou a ter relações sexuais?
Sim: Não:
3. As relações sexuais são:
 - Sempre uma questão de vontade de ambos:
 - A sua companheira, por vezes, fá-lo porque você tem vontade:
 - Não tem havido relações sexuais:
4. A sua companheira deseja ter relações sexuais:
 - Tantas vezes quantas você deseja:
 - Mais vezes do que você deseja:
 - Menos vezes do que você deseja:
5. É capaz de ter relações sexuais:
 - Tantas vezes quantas a sua companheira deseja:
 - Mais vezes do que a sua companheira deseja:
 - Menos vezes do que a sua companheira deseja:
6. A sua companheira atrai-o sexualmente?
 - Muito:
 - Mais ou menos:
 - Pouco:
 - Deixou de me atrair:
7. Considera que desde o aparecimento da sua incapacidade você continua a ter a mesma forma de vida sexual com a sua companheira dentro dos seus limites físicos?
 - Sim:
 - Não:

8. Gostaria, ou poderia participar nas seguintes práticas sexuais?

- Masturbar-se:
- Fazer um 69:
- Que a sua companheira o masturbe:
- Fazer sexo oral:
- Masturbar a sua companheira:
- Outros: COITO

9. Considera que tem a possibilidade de satisfazer a sua companheira em algumas das formas descritas?

- Sim:
- Não:

10. Aborrece-o o facto da sua esposa não poder ou não querer seguir as mesmas práticas sexuais?

- Sim:
- Não:

11. Aborrece-o o facto de não querer ou não estar apto a corresponder ao mesmo nível que a sua companheira no acto sexual?

- Sim:
- Não:

12. Desde o aparecimento da sua incapacidade, como se sente a iniciar (ou pensar) no acto sexual?

(Escolha uma das hipóteses seguintes, ou mais que uma se achar necessário)

- Sentimento de insegurança:
- Medo de falhar:
- Nojo:
- O sentimento continua o mesmo que era antes:
- Sente-se pior em relação a antes do aparecimento da incapacidade:
- Sente-se melhor do que antes do aparecimento da incapacidade:
- Satisfação total:

13. Como descreveria os seus sentimentos durante as relações sexuais que pratica nos dias de hoje?

(Escolha uma das hipóteses seguintes, ou mais que uma se achar necessário)

- Excitação total: ____
- Compromisso total: ____
- Sente-se deslocado, como se não fizesse parte do acto sexual: ____
- Só está interessado em si próprio: ____
- Só o faz para agradar o outro: ____
- Está interessado no prazer mútuo: ____
- Sentimento de insegurança ou medo de não satisfazer o outro: ____

14. Como descreveria os seus sentimentos após as relações sexuais que pratica ultimamente?

- Completamente satisfeito: ____
- Satisfeito: ____
- Totalmente insatisfeito: ____

15. Considera que, de modo geral, tem satisfeito o outro?

- Sim: ____
- Não: ____

16. Durante a relação sexual, quem atinge primeiro o orgasmo?

- Você: ____
- O outro: ____
- Ao mesmo tempo: ____
- Não atingem: ____

17. Dê cinco exemplos de problemas que surgiram na sua vida sexual em consequência da sua incapacidade:

- INCAPACIDADE DE ERECCÃO
- INCAPACIDADE DE EJECULAÇÃO E ORGASMO "TRADICIONAL"
- POSSIBILIDADE DE SE VERIFICAR UMA ESTERILIDADE
- DIFICULDADE NA MOBILIDADE
- ESPASTICIDADE

Qual a importância da vida sexual, enquanto homem?

MUITA, O QUE SUSCITA EM MIM SENTIMENTOS DE
INCAPACIDADE, AMPUTAÇÃO, PERDA DE DIGNIDADE E MASCU-
LINIDADE.